



Medicare simplificado



Es hora de empezar
a explorar sus
opciones.



Al contar con la información correcta, puede tomar decisiones correctas sobre Medicare

La tranquilidad comienza con la comprensión. Cuando tiene todos los datos, es fácil decidir qué es lo correcto para usted.

Queremos que sienta comodidad respecto de sus decisiones sobre Medicare. Para eso creamos esta guía. Es fácil de usar y también hace que Medicare se vuelva más sencillo.

En EmblemHealth, creemos que todas las personas deben recibir atención. Podemos ayudarle a encontrar el plan Medicare que mejor se adapte a sus necesidades y que le ofrezca la atención que se merece.

¡Está bien encaminado/a para tomar las decisiones correctas!

Índice

¿Qué es Medicare?	2
Original Medicare: Partes A y B	4
Medicare Parte C: Planes Medicare Advantage	6
Medicare Parte D: Cobertura de medicamentos con receta.....	8
¿Qué sucede si necesito ayuda para pagar la cobertura de Medicare? ..	10
Recursos útiles	11
¿Cómo y cuándo me inscribo en Medicare?	12
Plazo de inscripción en Medicare Advantage.....	13
Planes EmblemHealth VIP Medicare	14
Estamos aquí para atender todas sus necesidades de Medicare —.....	17
y es fácil comunicarse con nosotros	



¿Qué es Medicare?

Creado en 1965, Medicare es un programa federal de seguros de salud que brinda cobertura de salud a personas mayores de 65 años. También cubre a personas con ciertas discapacidades o afecciones que son menores de 65 años.

Actualmente, Medicare es el mayor proveedor de seguros de salud para adultos mayores y es administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Puede inscribirse en **Medicare** si tiene 65 años o más y:

- Es ciudadano/a de los Estados Unidos o reside legalmente en el país; y
- usted o su cónyuge trabajaron al menos 10 años en empleos cubiertos por Medicare.

También es posible que pueda inscribirse en Medicare si tiene menos de 65 años. Consulte el manual “Medicare y Usted” en **medicare.gov**.

Puede obtener Medicare de muchas maneras. Hay dos caminos que puede tomar para mejorar su cobertura y obtener más de lo que Original Medicare le proporciona por sí solo:

I

Original Medicare Parte A y Parte B

- Medicare proporciona esta cobertura.
- Después de que alcance su deducible de la Parte A y su deducible de la Parte B, Medicare generalmente paga el 80 % de los costos cubiertos y usted paga el 20 %.
- Debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B.

∨ Puede agregar: ∨

Plan suplementario de Medicare (opcional)

- Ofrecidos por empresas privadas, como EmblemHealth.
- Cubre la brecha del costo compartido de Medicare Parte A y B.
- Generalmente, no ofrece más beneficios que Original Medicare.
- Paga una prima mensual adicional.

∨ Puede agregar: ∨

Cobertura de medicamentos con receta Parte D (opcional)

- Si desea esta cobertura, debe unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D ofrecido por una empresa privada aprobado por Medicare.
- Es posible que tenga que pagar una prima mensual adicional.

II

Planes Medicare Advantage Parte C

- Ofrecidos por empresas privadas, como EmblemHealth.
- Incluyen la cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Muchos planes incluyen la cobertura de medicamentos con receta Parte D. (Estos planes se llaman planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta).
- Pueden ofrecer beneficios adicionales no incluidos en Original Medicare, como atención de rutina, acondicionamiento físico y cobertura dental.
- Tienen una prima mensual o, en algunos casos, ninguna prima mensual del plan (además de su prima de la Parte B).
- Comodidad: todos sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.

O

En las páginas siguientes describiremos cada una de estas partes en mayor detalle.



Definiciones útiles de algunas palabras comunes relacionadas con el seguro de salud

Una **prima** es el importe que usted paga mensualmente por su seguro.

Un **deducible** es el importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar. Una vez que alcance su deducible cada año, pagará todos los coseguros o copagos que adeude por la atención que reciba.

Un **copago** es el importe que usted paga por servicios de salud cubiertos, como visitar a un médico o pagar un medicamento en la farmacia. Una vez que alcance su deducible, pagará su copago.

Un **coseguro** es el porcentaje que usted paga por los servicios de salud después de pagar su deducible. Usted y su plan comparten el costo.

Una **red** es un grupo de centros o profesionales de atención médica que tienen contrato con un plan de salud. Ellos brindan productos y servicios cubiertos a los miembros. Usted generalmente paga menos por servicios cubiertos cuando los recibe de su red.

ORIGINAL MEDICARE

Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Es un plan de salud de “cargo por servicio”. Esto quiere decir que usted paga por cada servicio que recibe. Para comprender mejor qué es Original Medicare, le mostramos lo que cubre cada parte.

Medicare Parte A Seguro hospitalario

Medicare Parte A cubre la atención que usted recibe cuando se encuentra ingresado en un hospital (a esto se lo llama atención a pacientes hospitalizados). También cubre la atención que recibe en los centros de enfermería especializada, el cuidado de salud en el hogar y la atención de hospicio.

La mayoría de las personas obtienen la Parte A del gobierno federal cuando cumplen 65 años si:

- Han trabajado durante 10 años combinados.
- O trabajaron 40 trimestres (períodos de tres meses) y pagaron Medicare. Los trimestres no tienen que ser consecutivos (uno tras otro).

La mayoría de las personas no paga una tarifa mensual o una “prima” por la Parte A.

Sí debe pagar parte de los costos por los servicios que recibe conforme a la Parte A. Usted paga un deducible, más el porcentaje que le corresponde del costo aprobado por Medicare de los servicios (coseguro).

Medicare Parte B Seguro médico

Medicare Parte B le ayuda a pagar por visitas al médico, pruebas, atención hospitalaria como paciente ambulatorio y otros servicios. La Parte B es voluntaria, lo que significa que usted puede elegir unirse o no. Si elige la Parte B, usted paga una tarifa mensual, o “prima”, de \$164.90 por mes*. (Esta tarifa puede ser más alta, según sus ingresos).

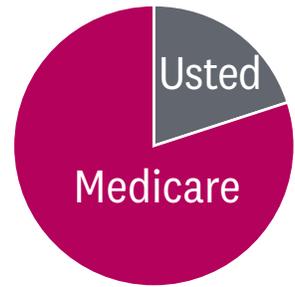
Si no se inscribe en la Parte B cuando se vuelve elegible para Medicare, es posible que pague una tarifa mensual mayor si elige inscribirse más adelante.

*Sujeto a cambios en 2024.

¿Cuánto pago por la atención que recibo conforme a la Parte B?

Primero debe pagar un deducible, o un cargo anual por servicios, antes de que su plan pague cualquier costo según la Parte B.

Luego de haber pagado el deducible, Medicare paga hasta el 80 % de los cargos aprobados por Medicare correspondientes a la mayoría de los servicios que están cubiertos. Usted paga los costos restantes, lo que generalmente equivale al 20 % del total.



A veces, quizás deba pagar más del 20 %. Esto sucede si su médico no acepta la “asignación”; la tarifa aprobada por Medicare para los servicios. Si su médico no acepta la asignación, usted debe pagarle lo que Medicare no cubre.

Para obtener más información sobre lo que cubre y no cubre Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted” en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).



Planes suplementarios de Medicare

Original Medicare no cubre todos los gastos médicos. Por eso, algunas personas eligen adquirir un plan suplementario de Medicare de una empresa privada. A estos planes también se los conoce como cobertura “Medigap”. Ayudan a llenar los vacíos para pagar algunos de los costos por servicios que no están cubiertos por Original Medicare, como copagos, coseguros y deducibles.

Los planes suplementarios de Medicare no incluyen cobertura de medicamentos con receta. Necesita un plan separado para los medicamentos (consulte la sección de Medicare Parte D en la página 8).

MEDICARE PARTE **C** PLANES MEDICARE ADVANTAGE

Con un plan Medicare Advantage de una empresa privada, puede obtener lo que necesita con un solo plan. Seguirá obteniendo todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage también incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare Parte D. Además, obtiene beneficios adicionales, generalmente por no más de lo que ya paga todos los meses por la Parte B.

Los beneficios y lo que usted paga para recibir servicios varían según el plan.

 Acupuntura	 Audífonos y pruebas para el ajuste
 Cuidado dental	 Cuidado de rutina de los pies
 Exámenes de la vista para la receta de anteojos	 TELADOC®
 Programa de acondicionamiento físico	 Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Existen varios tipos de planes Medicare Advantage:

- **Planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** requieren que usted use proveedores médicos que están en la red del plan, excepto para situaciones de emergencia o de atención de urgencia.
- **Planes de punto de venta (POS):** le permiten usar proveedores médicos fuera de la red del plan para algunos servicios, generalmente por un copago o coseguro más alto.
- **Planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO):** al igual que en los planes POS, puede ver a los médicos fuera de la red del plan, generalmente por un copago o coseguro más alto.
- **Planes para necesidades especiales (SNP):** están diseñados para brindar atención específica y solo están disponibles para ciertas personas, entre ellas:
 - personas recluidas;
 - personas que son elegibles para Medicare y Medicaid, también conocidas como personas con doble elegibilidad; o
 - personas con afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo especificado por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Hay más información disponible sobre los Planes de necesidades especiales en el sitio web oficial de Medicare, [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en un plan Medicare Advantage en los siguientes casos:

- Reúne los requisitos para Medicare Parte A.
- Está inscrito en Medicare Parte B y continúa pagando por esta, y
- vive en el área de servicio del plan.



MEDICARE PARTE **D** COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

¿En qué consiste Medicare Parte D y cómo me inscribo?

Medicare Parte D es un plan de cobertura de medicamentos con receta para personas que tienen Medicare Parte A o Parte B. Para obtenerlo, todo lo que tiene que hacer es inscribirse en un plan que ofrezca la Parte D.

Medicare Parte D es un programa voluntario. Esto quiere decir que no está obligado a adquirirlo al inscribirse en Medicare. Pero, si decide adquirir un plan de la Parte D más adelante, después de haberse inscrito en Medicare, es probable que deba pagar un monto mayor todos los meses. A esto se le llama “penalidad por inscripción tardía”.

¿Dónde puedo obtener Medicare Parte D?

Medicare Parte D no se incluye en Original Medicare. Puede obtener Medicare Parte D de un plan Medicare Advantage. Esto se denomina plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage. También puede obtener un plan que ofrezca Medicare Parte D solo. Esto se denomina plan de medicamentos con receta, o PDP.

¿Qué medicamentos están cubiertos por Medicare Parte D?

Todos los planes de Medicare Parte D tienen una lista de los medicamentos cubiertos; A esto se lo llama “Farmacopea”. Las listas de medicamentos del plan incluyen tanto medicamentos de marca como genéricos, que se ordenarán en niveles o “categorías” según el costo. Por lo general, mientras más bajo el nivel o la categoría, más bajo será el costo del medicamento.

Las empresas que ofrecen Medicare Parte D quizás cubran distintos medicamentos o cobren distintos importes por ellos. Por eso, elija un plan que le ofrezca la mejor cobertura de medicamentos según sus necesidades.

¿Cómo pago por Medicare Parte D?

Una vez que se inscriba, pagará una tarifa mensual o “prima”. Los planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage incluyen el costo de la Parte D en la prima mensual del plan. Según el plan que tenga, también es posible que deba pagar deducibles y coseguros. Si necesita ayuda para pagar sus medicamentos, puede calificar para recibir “Ayuda Adicional”. Para obtener más detalles, consulte la página 10.

¿Qué sucede si recibo mi cobertura de medicamentos con receta a través de mi sindicato o grupo de jubilados?

Su grupo de jubilados o sindicato debe enviarle un aviso cada año para informarle si su plan es “acreditable”. Esto significa que es al menos tan bueno como la cobertura de Medicare. Si su plan no es acreditable, puede decidir unirse a un plan de la Parte D. Pero es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía. Consulte a su administrador de beneficios para asegurarse de comprender sus opciones.

¿Cuánto pagaré por los medicamentos cubiertos?

El importe que pague por medicamentos cubiertos dependerá del nivel o de la “categoría” del medicamento y de la etapa de beneficio que haya alcanzado.

A continuación se presenta un resumen de las cuatro etapas de Medicare Parte D estándar:

Cuatro etapas de Medicare Parte D	En 2024 Usted paga
Etapa de deducible anual	Usted paga el 100 % de los medicamentos cubiertos.*
Etapa de cobertura inicial	Su plan pagará la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos cubiertos y usted pagará su parte. Los costos que usted paga se denominan copagos o coseguros.*
Etapa de interrupción de cobertura (también conocida como “período sin cobertura”)	Usted paga una parte menor (25 %) de sus costos de medicamentos y su plan paga el resto.*
Etapa de cobertura contra catástrofes	Usted no paga nada.

*Usted no paga deducible y no paga más de \$35 por el suministro de insulinas cubiertas para un mes y \$0 por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO AYUDA PARA PAGAR LA COBERTURA DE MEDICARE?

Hay muchos programas que pueden ayudarle a pagar Medicare:

Programas de ahorros de Medicare

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede obtener ayuda del estado para pagar los costos de Medicare. Algunos de los programas pueden ayudarle a pagar la prima de Medicare Parte B o algunos otros costos por servicios, como deducibles, coseguros o copagos.

Medicaid

Medicaid es un plan de salud para personas con discapacidades y de bajos ingresos. Cada estado administra su propio programa. El gobierno federal y el gobierno de cada estado comparten los gastos de este programa. Algunas personas tienen Medicare y Medicaid. Se les llama personas con “doble elegibilidad”. Al tener doble elegibilidad, la mayor parte de los gastos del cuidado de salud está cubierta.

¿Ayuda Adicional?

La Ayuda Adicional es un programa Medicare que ofrece ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados para pagar los costos del plan de medicamentos de la Parte D. Puede ser útil para pagar las tarifas de las primas mensuales, los deducibles y los coseguros. Puede recibir Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Obtiene ayuda a través del programa Medicaid de su estado para pagar sus primas de la Parte B en un Programa de ahorros de Medicare.
- Recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Cumple con los requisitos de ingresos y recursos.

Si obtiene Ayuda Adicional, lo que usted paga por su plan y lo que paga en la farmacia será menor. La Ayuda Adicional puede incluso reducir sus gastos en primas y deducibles a \$0. Además, no tendrá interrupción de cobertura, no pagará penalidades por inscripción tardía y puede cambiar de plan en cualquier momento permitido durante el Período de Elección Especial (SEP).

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos programas o si desea saber si es elegible para recibir la Ayuda Adicional, llame a un especialista de EmblemHealth Medicare.



RECURSOS ÚTILES

Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC)

Teléfono: **800-332-3742** TTY: **800-290-9138**

De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.

Sitio web: health.ny.gov/health_care/epic/index.htm

Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) Programa del seguro de salud (SHIP) del estado de Nueva York

Los representantes le ayudarán con facturas de Medicare, preguntas sobre Medigap, cómo proceder ante negativas de pagos y apelaciones, derechos de Medicare y protección.

Teléfono: **800-701-0501** TTY: **711**

Sitio web: aging.ny.gov

Medicare.gov (el sitio oficial de Medicare del gobierno de los EE. UU.)

Teléfono: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** TTY: **1-877-486-2048**

Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sitio web: medicare.gov

Administración del Seguro Social

Teléfono: **800-772-1213** TTY: **800-325-0778**

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.

Sitio web: ssa.gov

¿CÓMO Y CUÁNDO ME INSCRIBO EN MEDICARE?

Inscribirse en Medicare requiere una planificación cuidadosa y el momento es importante. Agregue planes o cambie de plan cuando tenga la mayor cantidad de opciones.

¿Quién puede inscribirse en un plan Medicare Advantage?

Puede inscribirse en un plan si:

- Vive en el área de servicio del plan.
- Es elegible para Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B.

Si califica, puede inscribirse en un Plan de necesidades especiales (consulte la página 7). Debe continuar pagando su prima mensual de la Parte B, así como cualquier tarifa mensual (prima) que cobre el plan.

Inscripción a los 65 años

La mayoría de las personas son elegibles para Medicare cuando cumplen 65 años. Algunas personas recibirán Medicare automáticamente, y otras tienen que solicitar. Si ya recibe beneficios del Seguro Social o por discapacidad (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria) cuando cumple 65 años:

- Será inscrito en Medicare Partes A y B de (Original Medicare) automáticamente.
- Debe recibir un paquete de “Bienvenida a Medicare” y una tarjeta de Medicare por correo de la Administración del Seguro Social unos tres meses antes de cumplir 65 años.

Si aún no está cobrando beneficios de jubilación:

- Debe comunicarse con el Seguro Social para solicitar Medicare.
- Lo mejor es presentar una solicitud tres meses antes de cumplir 65 años, que es el comienzo de su Período de inscripción inicial. Si no presenta una solicitud, no estará inscrito en Medicare.

Inscripción a una edad de jubilación posterior

¿Sigue trabajando? Si tiene más de 65 años y trabaja para una empresa que tiene 20 o más empleados y le ofrece seguro de salud:

- No es necesario que se inscriba en Medicare de inmediato.
- Sin embargo, es posible que desee inscribirse en Medicare Parte A para pagar los costos no cubiertos por el plan de salud de su empresa.

Una vez que finalice su empleo:

- Tiene ocho meses para inscribirse en Medicare Parte B.
- Deberá elegir un plan durante los tres meses anteriores a que entre en vigencia su Medicare Parte B. Esto se denomina Período de Elección Especial (SEP).

Si su empresa tiene menos de 20 empleados:

- Debe inscribirse en Medicare.
- Medicare será su plan principal.

Para obtener más información sobre cómo pasar del Mercado de Salud del Estado de Nueva York a Medicare, visite emblemhealth.com/moving.

PLAZO DE INSCRIPCIÓN EN MEDICARE ADVANTAGE



DEL 1.º DE OCT. AL 14 DE OCT. Período de Preinscripción

Conozca los planes para el año siguiente.

DEL 15 DE OCT. AL 7 DE DIC. Período de Elección Anual

Las personas con Medicare pueden hacer cambios de planes para la cobertura que comienza el 1.º de enero.

DEL 1.º DE ENE. AL 31 DE DIC. Período de Elección Especial (SEP)

Solo puede hacer cambios de planes durante el año si califica para una “elección especial”. Por ejemplo, si califica para un Plan de necesidades especiales o se muda fuera del área de servicios de su plan. Las personas con un Plan de necesidades especiales pueden cambiar de plan una vez por trimestre del 1.º de enero al 30 de septiembre. Para obtener una lista completa de motivos que le permiten hacer una elección especial, visite emblemhealth.com/medicare.

Si tiene preguntas o tiene una situación única que no figura en la lista, llame de inmediato a EmblemHealth. Un especialista de EmblemHealth Medicare puede ayudarle a determinar si puede inscribirse o cambiar un plan.



Si no se inscribe la primera vez que es elegible, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente Período de Elección Anual, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. También es posible que deba pagar una tarifa por la Parte D, conocida como “penalidad por inscripción tardía”.



PLANES EMBLEMHEALTH VIP MEDICARE

No importa cuáles sean sus necesidades o su presupuesto: tenemos un plan para usted.

Con más de 80 años de experiencia, diseñamos planes Medicare de calidad para satisfacer sus necesidades. Ofrecemos muchas opciones de planes VIP Medicare de bajo costo, algunos incluso a \$0, con un gran rango de beneficios. Con nosotros, podrá acceder a las extensas redes de médicos y hospitales calificados que desea. Además, no necesitará referidos para consultar con especialistas.

Planes “todo en uno”

Nuestros planes VIP Medicare son planes Medicare Advantage HMO. Le brindan todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B, **más** la Parte D, por un poco más o lo mismo que usted paga cada mes por Medicare Parte B. Además, nuestros planes tienen costos fijos bajos para la mayoría de los servicios; así sabrá cuál será el gasto antes de asistir a su cita.

Beneficios más allá de Medicare

Además de recibir todos sus beneficios médicos y de medicamentos a través de un solo plan, nuestros planes VIP Medicare incluyen beneficios adicionales que Original Medicare no cubre, como beneficios para la vista, para la audición, beneficios dentales integrales, audífonos y beneficios para acondicionamiento físico. Algunos de nuestros planes también tienen un beneficio de medicamentos de venta libre.

Atención simplificada

Con todos nuestros planes VIP Medicare, usted puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de su red. Este proveedor puede supervisar su atención y recomendar especialistas cuando los necesite. También puede programar visitas de telesalud con los médicos que las ofrecen. Además, con muchos de nuestros planes, usted obtiene acceso a médicos las 24 horas a través de Teladoc®.

¿Cómo se compara su plan actual con los planes EmblemHealth VIP Medicare?

	Planes EmblemHealth VIP
Prima de \$0 y de bajo costo	✓
Copagos para atención preventiva de \$0	✓
Copagos para servicios de laboratorio de \$0	✓
Medicamentos genéricos de \$0	✓
Visitas a un proveedor de atención primaria de \$0	✓
Servicios dentales integrales sin límite anual	✓
Beneficios de audición preventiva y de audífonos	✓
Cobertura para accesorios para la vista	✓
Red de médicos y hospitales de calidad	✓
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	✓
Programa de Recompensas para Miembros	✓

Los planes, beneficios y primas varían según el condado.

Comience con el plan adecuado

- ¿Deseo un plan de salud que ofrezca más que Original Medicare?
- ¿Hay médicos locales en la red del plan?
- ¿Están mis medicamentos con receta incluidos en la lista de medicamentos del plan (también llamada farmacopea)?
- ¿Deseo tener cobertura para servicios de bienestar como exámenes físicos anuales, exámenes dentales, de visión y auditivos de rutina?
- ¿Deseo un plan que me brinde un límite anual de gastos de bolsillo para gastos médicos cubiertos?
- ¿Califico para obtener “Ayuda Adicional” (subsidio por bajos ingresos) para pagar mis medicamentos con receta?



ESTAMOS AQUÍ PARA ATENDER TODAS SUS NECESIDADES DE MEDICARE Y ES FÁCIL COMUNICARSE CON NOSOTROS

¿Tiene preguntas? ¿Listo/a para dar el siguiente paso?
Nuestros expertos de EmblemHealth Medicare están aquí para ayudarle.



EN PERSONA

Llame para programar una reunión con nosotros.



TELÉFONO

Número gratuito: **866-274-9945**

TTY: **711**



EN NUESTRO SITIO WEB

emblemhealth.com/medicare

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nuestro sitio web le permite encontrar con facilidad el plan adecuado a través de:



Buscador de planes fácil de usar



Calculadora de gastos de medicamentos con receta



Buscador rápido de médicos



Buscador de farmacias



Número gratuito: **866-274-9945** (TTY: **711**)

Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.



emblemhealth.com/medicare



Para obtener más información, escanee este código QR con su teléfono inteligente o visite **emblemhealth.com/video** para ver nuestro video “¿Qué es Medicare?”.

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y 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. Si necesita algún tipo de asistencia para personas con necesidades especiales en reuniones, llame al **866-274-9945** TTY: **711**.

Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por EmblemHealth con su autorización.

SilverSneakers® es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.