



Resúmenes de beneficios

EmblemHealth Essential Plan

**Tarjeta
para artículos
de venta libre**

\$500 para comprar
artículos saludables,
incluidos
alimentos.



EmblemHealth Essential Plan

Durante más de 85 años, EmblemHealth ha ofrecido seguros de salud asequibles y de calidad a la comunidad de Nueva York.

Este folleto de Resúmenes de beneficios le informa sobre nuestros planes Essential Plan disponibles a través de NY State of Health.

¿Cómo me inscribo?

Inscribirse en un plan EmblemHealth Essential Plan es fácil.

Necesita tener cierta información disponible para poder presentar la solicitud. Recopile estos datos de cada miembro de su familia que necesite cobertura del seguro de salud:

- **Números de Seguro Social** (o documentación de inmigración en el caso de inmigrantes que residen de forma legal).
- **Información sobre el empleador y el ingreso** (por ejemplo, recibos de sueldo, formularios W-2 u otras declaraciones de salarios e impuestos).
- **Números de póliza** de todos los planes de seguro de salud actuales que cubran a los miembros de su familia.
- **Dirección permanente** (requerida para establecer una cuenta).
- **Dirección de correo electrónico** (se recomienda para mantener comunicaciones sobre su plan, si es elegible).

Llámenos al **888-447-7603** (TTY: **711**), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite emblemhealth.com/essentialplan para obtener más información sobre el Essential Plan y lo que puede estar disponible para usted.

Este folleto de Resúmenes de beneficios solo contiene información general. Todos los planes están sujetos a los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones específicas de su contrato.

COBERTURA DEL ESSENTIAL PLAN

El Essential Plan es un plan de seguro de salud para personas de bajos ingresos (sin cobertura familiar) que residen en Nueva York y no califican para Medicaid o para la cobertura a través de un empleador. El Essential Plan ofrece cobertura con primas de \$0 por mes, participación en los costos sin deducibles, visitas a especialistas sin referidos y beneficios dentales y de la visión.

El Essential Plan que ofrece EmblemHealth utiliza la red Enhanced Care Prime, que incluye médicos, centros y hospitales líderes en los ocho condados que se indican a continuación.

Para ser elegible para el Essential Plan:

- Su salario anual como individuo debe ser de \$39,125 o inferior.
- Debe encontrarse establecido/a legalmente en los Estados Unidos o ser inmigrante con residencia legal, y tener entre 19 y 64 años.
- Debe vivir en la ciudad de Nueva York (condados de Bronx, Kings, Nueva York, Queens o Richmond), Long Island (condados de Nassau o Suffolk) o en el condado de Westchester.

PUNTOS IMPORTANTES QUE DEBE CONOCER ACERCA DEL ESSENTIAL PLAN

- Debe seleccionar un **proveedor de atención primaria (PCP)** que participe en la **red Enhanced Care Prime**.
- Usted solo está cubierto/a para la atención que obtenga de médicos, hospitales y centros en la red Enhanced Care Prime. La atención de emergencia que recibe en un hospital (p. ej., la sala de emergencias de un hospital) está cubierta dentro y fuera de la red.
- **No necesita un referido ni aprobación de su PCP para consultar especialistas cuando sea necesario.** Los especialistas son médicos que brindan otros servicios además de la atención primaria, como alergistas, dermatólogos o cardiólogos.
- **Su plan incluye Teladoc® Primary360**, que está disponible por teléfono, video o mensajería a través de una aplicación móvil sin costo adicional alguno. Este beneficio incluye:
 - Atención primaria.
 - Salud mental.
 - Servicios de dermatología.

Los/las miembros pueden ver al mismo proveedor durante toda su atención, sin límites en la cantidad de visitas virtuales.

Teladoc también proporciona ayuda para afecciones que no son de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y medicamentos con receta cuando sean médicamente necesarios a través de servicios médicos generales a pedido.*

- **La atención preventiva** está completamente cubierta siempre y cuando use un profesional del cuidado de salud dentro de la red. Estos servicios incluyen exámenes médicos de rutina, exámenes de detección, vacunas, mamografías, exámenes ginecológicos, atención del bebé sano y anticonceptivos recetados para mujeres.
- **La cobertura de medicamentos con receta** está incluida en estos planes. Todos los beneficios de medicamentos con receta se deben obtener a través de farmacias que tengan un contrato con su plan. El farmacéutico aplicará cualquier copago cuando pague su medicamento con receta.

*El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc. No es adecuado para todos los servicios cubiertos. No todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tarjeta para artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)

Los/las miembros del Essential Plan recibirán \$125 cada trimestre calendario (\$500 por año) que pueden utilizarse para comprar alimentos saludables y artículos elegibles relacionados con la salud, incluidos los siguientes:

- Medicamentos para el alivio de la tos, el resfrío, la gripe y la alergia.
- Vitaminas, suplementos y digestivos.
- Suministros de primeros auxilios, cuidado de los ojos y los oídos, y cuidado dental (cepillos de dientes, pasta dental e hilo dental).
- ¡Y mucho más!

Los alimentos saludables elegibles incluyen los siguientes:

- Frutas y verduras frescas o congeladas.
- Carne (carne de ave, carne de res, mariscos y carnes frías).
- Productos lácteos (leche, queso y mantequilla).
- Alimentos secos (frijoles, frutas y pastas).
- Huevos y sustitutos de huevo.
- Arroz, cereales integrales y sopa.

Para obtener más información sobre el beneficio de OTC, visite emblemhealth.com/essentialplanotc.



*Los/las miembros obtienen \$125 de crédito por trimestre calendario en la tarjeta (hasta \$500 por año). El crédito no utilizado se transferirá al siguiente trimestre. Cualquier crédito no utilizado al 31 de diciembre no se transferirá al próximo año calendario.



Glosario

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

Un **deducible** es el monto que usted paga cada año antes de que su plan comience a pagar los beneficios.

Un **copago** es el monto fijo que usted paga por servicios de salud cubiertos, como visitar a un médico o pagar un medicamento en la farmacia.

El **coseguro** es el porcentaje que usted paga por los servicios de salud, generalmente después de pagar su deducible.

FPL son las siglas en inglés para la línea de pobreza federal.

Una **red** es un grupo de centros o profesionales del cuidado de salud que han celebrado un contrato con un plan de salud. Ellos brindan productos y servicios cubiertos a los miembros.

Los gastos de bolsillo son lo que usted paga por los servicios de salud. Estos incluyen deducibles, coseguro y copagos.

Essential Plan 200-250, 1 y 2

Essential Plan 200-250*: Disponible para aquellos con un ingreso anual del 200 % al 250 % de la línea de pobreza federal (federal poverty level, FPL). Este plan ofrece una opción de cobertura de bajo costo para personas con una prima mensual de \$0 y sin deducible. Se ofrece a personas, pero no al cónyuge ni a los hijos de la persona. Si el cónyuge o los hijos adultos de la persona son elegibles para el Essential Plan, deberán inscribirse por separado y en virtud de su propia póliza individual. El Essential Plan 200-500 incluye cobertura dental y de la visión.

Essential Plan 1*: Disponible para aquellos con un ingreso anual del 150 % al 200 % de la FPL. Este plan ofrece una opción de cobertura a bajo precio para personas de bajos ingresos, con una prima mensual de \$0 y sin deducible. Se ofrece a personas, pero no al cónyuge ni a los hijos de la persona. Si el cónyuge o los hijos adultos de la persona son elegibles para el Essential Plan, deberán inscribirse por separado y en virtud de su propia póliza individual. El Essential Plan 1 incluye cobertura dental y de la visión.

Essential Plan 2*: Disponible para aquellos con un ingreso anual del 138 % al 150 % de la FPL. Este plan ofrece una opción de cobertura más asequible a personas de bajos ingresos, con una prima mensual de \$0, costos compartidos más bajos que el Essential Plan 1 y sin deducible. El plan se ofrece a personas, pero no al cónyuge ni a los hijos de la persona. Si el cónyuge o los hijos adultos de la persona son elegibles para el Essential Plan, deberán inscribirse por separado y en virtud de su propia póliza individual. El Essential Plan 2 incluye cobertura dental y de la visión.

RESUMEN DE BENEFICIOS			
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Essential Plan 200-250**	Essential Plan 1**	Essential Plan 2**
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$0
Ingreso en un hospital	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$0
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$0
Deducible anual	\$0	\$0	\$0
Gastos máximos de bolsillo anuales	\$2,000	\$360	\$200
Medicamentos con receta*** (Nivel 1: medicamentos genéricos/Nivel 2: farmacopea/Nivel 3: no está en la farmacopea)	Minorista: \$6 de copago/ \$15 de copago/\$30 de copago	Minorista: \$6 de copago/ \$15 de copago/\$30 de copago	Minorista: \$1 de copago/ \$3 de copago/\$3 de copago
	Pedidos por correo: \$15 de copago/ \$37.50 de copago/\$75 de copago	Pedidos por correo: \$15 de copago/ \$37.50 de copago/\$75 de copago	Pedidos por correo: \$2.50 de copago/ \$7.50 de copago/\$7.50 de copago
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados			
Servicios quirúrgicos y médicos para pacientes hospitalizados	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$0
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Radioterapia y quimioterapia	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Pruebas previas al ingreso	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención médica para pacientes ambulatorios			
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$0
Atención preventiva,* incluidos exámenes físicos, exámenes auditivos, orientación y educación para la salud, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunas	Cobertura total	Cobertura total	Cobertura total
Servicios diagnósticos, incluidas radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiogramas (ECG/EKG)	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$0
Segundas opiniones médicas y quirúrgicas	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$0
Servicios de quiropráctica	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$0

RESUMEN DE BENEFICIOS			
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Essential Plan 200-250**	Essential Plan 1**	Essential Plan 2**
Cuidado de la salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ingresados. • Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ambulatorios. 	Copago de \$150 Copago de \$15	Copago de \$150 Copago de \$15	Copago de \$0 Copago de \$0
Trastornos por uso de sustancias <ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación para pacientes ingresados. • Tratamiento de rehabilitación para pacientes ingresados. • Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios. 	Copago de \$150 Copago de \$150 Copago de \$15	Copago de \$150 Copago de \$150 Copago de \$15	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0
Tipos de atención especial			
Atención de urgencia y de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • En la sala de emergencia del hospital. • En un centro de atención médica urgente. • Servicio de ambulancia al hospital. 	Copago de \$75 Copago de \$25 Copago de \$75	Copago de \$75 Copago de \$25 Copago de \$75	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0
Cuidado de salud en el hogar	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Atención de hospicio	Paciente hospitalizado: copago de \$150 Paciente ambulatorio: copago de \$15	Paciente hospitalizado: copago de \$150 Paciente ambulatorio: copago de \$15	Paciente hospitalizado: copago de \$150 Paciente ambulatorio: copago de \$15
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$0
Tratamiento de diálisis	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Equipo médico duradero	5 % de coseguro	5 % de coseguro	\$0 de coseguro
Audífonos	5 % de coseguro	5 % de coseguro	\$0 de coseguro
Atención dental para adultos <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental preventiva. • Atención dental de rutina. • Servicios dentales mayores. 	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0
Atención de la visión para adultos <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la visión refractivos. • Anteojos/lentes de contacto. 	Copago de \$0 Copago de \$0	Copago de \$0 Copago de \$0	Copago de \$0 Copago de \$0

PRIMAS DEL ESSENTIAL PLAN	ÁREA METROPOLITANA DE NUEVA YORK (BRONX, NUEVA YORK, KINGS, QUEENS Y RICHMOND)	LONG ISLAND (NASSAU Y SUFFOLK)	WESTCHESTER
Essential Plan 200-250	\$0 de prima	\$0 de prima	\$0 de prima
Essential Plan 1	\$0 de prima	\$0 de prima	\$0 de prima
Essential Plan 2	\$0 de prima	\$0 de prima	\$0 de prima

*Debe calificar para inscribirse en el Essential Plan. La calificación se basa en el ingreso y otros factores.

**Los copagos que se muestran se aplican por servicio/visita/admisión.

***Suministro para 30 días.

*Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil tienen cobertura completa cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), fueron recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) o son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o cuando corresponda, ley del estado de Nueva York. Otros servicios de atención preventiva podrían estar sujetos a participación en los costos.

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) proporciona el plan EmblemHealth Essential Plan. Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos por un proveedor de atención primaria de la red Enhanced Care Prime o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización (UM) de EmblemHealth. Los médicos y profesionales de atención médica participantes tienen un contrato con EmblemHealth para brindar atención a nuestros miembros. No son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona solo con fines informativos. No contiene detalles completos del plan, que solo están disponibles en el contrato del Essential Plan. No constituye un acuerdo.

Consulte los números de contrato de HIP: 155-23-EPP200-250NONAIAN (01/26); 155-23-EPP200-250AIAN (01/26); 155-23-EPP1NONAIAN (01/26); 155-23-EPP1AIAN (01/26); 155-23-EPP2NONAIAN (01/26); 155-23-EPP2AIAN (01/26).

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

Essential Plan 3 y 4

Essential Plan 3*: Disponible para aquellos con un ingreso anual del 100 % al 138 % de la FPL (incluye la población Aliessa/inmigrantes legales elegibles). Este plan ofrece opciones de cobertura más asequibles con primas mensuales de \$0 y costos compartidos más bajos y sin deducible. El Essential Plan 3 incluye cobertura dental y de la visión.

Essential Plan 4*: Disponible para aquellos con un ingreso anual inferior del 100 % de la FPL (incluye la población Aliessa/inmigrantes legales elegibles). Este plan ofrece opciones de cobertura más asequibles con primas mensuales de \$0 y sin costo compartido ni deducible. El Essential Plan 4 incluye cobertura dental y de la visión.

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Essential Plan 3**	Essential Plan 4**
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$0	Copago de \$0
Ingreso en un hospital	Copago de \$0	Copago de \$0
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Deducible anual	\$0	\$0
Gastos máximos de bolsillo anuales	\$200	\$0
Medicamentos con receta*** (Nivel 1: medicamentos genéricos/ Nivel 2: farmacopea/Nivel 3: no está en la farmacopea)	Minorista: \$1 de copago/ \$3 de copago/\$3 de copago	Minorista: \$0 de copago/\$0 de copago/\$0 de copago
	Pedidos por correo: \$2.50 de copago/ \$7.50 de copago/\$7.50 de copago	Pedidos por correo: \$0 de copago/\$0 de copago/\$0 de copago
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados		
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	Copago de \$0	Copago de \$0
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago por ingreso al hospital	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Radioterapia y quimioterapia	Copago de \$0	\$0
Pruebas previas al ingreso	Copago de \$0	\$0
Atención médica para pacientes ambulatorios		
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Copago de \$0	\$0
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$0	\$0
Atención preventiva,* incluidos exámenes físicos, exámenes auditivos, orientación y educación para la salud, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunas	Cobertura total	Cobertura total
Servicios diagnósticos, incluidas radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiogramas (ECG/EKG)	Copago de \$0	Copago de \$0
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Copago de \$0	Copago de \$0
Segundas opiniones médicas y quirúrgicas	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de quiropráctica	Copago de \$0	Copago de \$0

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Essential Plan 3**	Essential Plan 4**
Cuidado de la salud mental		
• Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ingresados.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Tratamiento de enfermedades mentales para pacientes ambulatorios.	Copago de \$0	Copago de \$0
Trastornos por uso de sustancias		
• Desintoxicación para pacientes ingresados.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Tratamiento de rehabilitación para pacientes ingresados.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios.	Copago de \$0	Copago de \$0
Tipos de atención especial		
Atención de urgencia y de emergencia		
• En la sala de emergencia del hospital.	Copago de \$0	Copago de \$0
• En un centro de atención médica urgente.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Servicio de ambulancia al hospital.	Copago de \$0	Copago de \$0
Cuidado de salud en el hogar	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de hospicio	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Copago de \$0	Copago de \$0
Tratamiento de diálisis	Copago de \$0	Copago de \$0
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Copago de \$0	Copago de \$0
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0
Equipo médico duradero	Copago de \$0	Copago de \$0
Audífonos	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención dental para adultos		
• Atención dental preventiva.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Atención dental de rutina.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Servicios dentales mayores.	Copago de \$0	Copago de \$0
Atención de la visión para adultos		
• Exámenes de la visión refractivos.	Copago de \$0	Copago de \$0
• Anteojos/lentes de contacto.	Copago de \$0	Copago de \$0

PRIMAS DEL ESSENTIAL PLAN	ÁREA METROPOLITANA DE NUEVA YORK (BRONX, NUEVA YORK, KINGS, QUEENS Y RICHMOND)	LONG ISLAND (NASSAU Y SUFFOLK)	WESTCHESTER
Essential Plan 3	\$0 de prima	\$0 de prima	\$0 de prima
Essential Plan 4	\$0 de prima	\$0 de prima	\$0 de prima

*Debe calificar para inscribirse en el Essential Plan. La calificación se basa en el ingreso y otros factores.

**Los copagos que se muestran se aplican por servicio/visita/admisión.

***Suministro para 30 días.

*Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil tienen cobertura completa cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), fueron recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) o son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o cuando corresponda, ley del estado de Nueva York. Otros servicios de atención preventiva podrían estar sujetos a participación en los costos.

Población Aliessa: una población de inmigrantes legales que no son elegibles para inscribirse en Medicaid debido a su estatus de inmigrantes, pero son elegibles, por sus ingresos, para un plan Medicaid subvencionado por el estado.

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) proporciona el plan EmblemHealth Essential Plan. Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos por un proveedor de atención primaria de la red Enhanced Care Prime o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización (UM) de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros. No son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona solo con fines informativos. No contiene detalles completos del plan, que solo están disponibles en el contrato del Essential Plan. No constituye un acuerdo.

Consulte los números de contrato de HIP: 155-23-EPP3Aliessa (01/26) y 155-23-EPP4Aliessa (01/26).

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **877-411-3625** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **877-411-3625** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **877-411-3625** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **877-411-3625** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **877-411-3625** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **877-411-3625** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **877-411-3625** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס פאר פראווידינג אינפארמאציע אין צוטריטלעך פארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן **877-411-3625** (TTY: **711**) אדער רעדן מיט דיין טרעגער.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC, and Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) are EmblemHealth companies. EmblemHealth Services Company, LLC provides administrative services to the EmblemHealth companies.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **877-411-3625 (TTY: 711)** নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **877-411-3625 (TTY: 711)** lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **877-411-3625 (711)** أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **877-411-3625 (TTY: 711)** ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ **877-411-3625 (TTY: 711)** پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **877-411-3625 (TTY: 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **877-411-3625 (TTY: 711)** ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndhima të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **877-411-3625 (TTY: 711)** ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

Discrimination is Against the Law

EmblemHealth complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes.

EmblemHealth does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

EmblemHealth:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services contact the Civil Rights Coordinator by calling Customer Service at **877-411-3625** (TTY: **711**).

If you believe that EmblemHealth has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator by writing to the EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2844, New York, NY 10116-2844; faxing them at **212-510-5320**; or calling Customer Service at **877-411-3625**. (Dial **711** for TTY services.) You can file a grievance in person, by mail, by fax, or through your secure member portal. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This notice is available on EmblemHealth's website at emblemhealth.com/legal/nondiscrimination.



Para obtener más información, visítenos en línea en emblemhealth.com/essentialplan o llámenos al **888-447-7603** (TTY: **711**) los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.