

## Resumen de Beneficios

# EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

### ¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)** debe calificar para adherirse a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y en Medicaid del estado de Nueva York y vivir en nuestra área de servicio.

**Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester.**

Nuestro Plan para personas con necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) cubre los siguientes niveles de beneficios de Medicaid:

- **Beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE):** Medicaid proporciona sus beneficios completos.
- **Programa de beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Pago de sus primas de Medicare Parte A y/o Parte B. Este programa también paga los coseguros de Medicare Parte A y Parte B y los deducibles.
- **Beneficiario calificado de Medicare con beneficios adicionales (Qualified Medicare Beneficiary – Plus, QMB-Plus):** Pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, montos de la participación en los costos (con excepción de los copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.
- **Programa de beneficiarios específicos de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Program, SLMB):** Pago de su prima de Medicare Parte B únicamente. El solicitante debe tener Medicare Parte A para ser elegible para el programa.
- **Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos con beneficios adicionales (Specified Low-Income Medicare Beneficiary – Plus, SLMB-Plus):** Pago de sus primas de Medicare Parte B y los beneficios completos de Medicaid.
- **Persona calificada (qualified individual, QI):** Pago de su prima de Medicare Parte B únicamente. Las personas no pueden ser elegibles para QI y Medicaid. El solicitante debe tener la Medicare Parte A. Anualmente, los estados reciben una asignación de fondos para este programa.

Este plan no requiere un referido.

### ¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan **EmblemHealth VIP Solutions** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, el plan no pagará por dichos servicios.

Al unirse al plan **EmblemHealth VIP Solutions**, debe elegir un médico de atención primaria (PCP) en la red VIP Medicare. Si no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno. Podrá elegir un médico de atención primaria distinto dentro de la red, en cualquier momento. Esta red también incluye proveedores médicos adicionales, como especialistas, laboratorios y hospitales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver la farmacopea completa del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare). O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

Para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D, por lo general, deberá usar farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen participación en los costos preferida. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias.

Puede consultar el directorio de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare). O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

### **Cómo comunicarse con nosotros**

**Para obtener más información sobre los planes de EmblemHealth y para inscribirse, llámenos al 800-447-5496 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, podrá llamarnos los siete días de la semana de 8:00 am a 8:00 pm. Del 1 de abril al 30 de septiembre, podrá llamarnos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm.**

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)”. También puede ver la Evidencia de Cobertura en línea en [emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare). Si desea saber más sobre los beneficios, los servicios y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente de “Medicare y usted”. Véalo en Internet en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días a la semana. Si es usuario de TTY, llame al **877-486-2048**. Si desea comparar nuestro plan con otros planes Medicare Advantage que ofrecemos, puede visitarnos en [emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare).

## RESUMEN DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p><b>Prima mensual del plan</b> (El importe que paga mensualmente por su seguro).</p>	<p>Usted paga de \$0 a \$36.60 (según su nivel de ayuda adicional) Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.</p>
<p><b>Deducible</b> (El importe que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar).</p>	<p>Este plan tiene un deducible de \$0 a \$295 para selectos servicios médicos cubiertos.</p> <p>Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de pacientes hospitalizados: agudos y psiquiátricos</li> <li>• Centro de enfermería especializada</li> <li>• Rehabilitación pulmonar y cardíaca</li> <li>• Hospitalización parcial</li> <li>• Terapia quiropráctica y ocupacional</li> <li>• Especialista</li> <li>• Salud mental</li> <li>• Podología</li> <li>• Servicios psiquiátricos</li> <li>• Fisioterapia y terapia del habla</li> <li>• Procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio</li> <li>• Radiología de diagnóstico y terapéutica</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Hospital ambulatorio y servicios de observación</li> <li>• Centros quirúrgicos ambulatorios</li> <li>• Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios</li> <li>• Ambulancia terrestre y aérea</li> <li>• Servicios de diálisis</li> <li>• Rehabilitación cardíaca intensiva</li> <li>• Ejercicio terapéutico supervisado</li> <li>• Tratamiento por opioides</li> </ul>
<p><b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (El importe máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de usar este importe para los deducibles y su parte de los costos [copagos, coseguro], su plan de salud paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos.</p> <p>Esto no incluye su prima ni los costos de los medicamentos con receta).</p>	<p>Sí. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege fijando límites anuales sobre sus gastos de bolsillo, que es lo que usted paga por los servicios de salud, para la atención médica y hospitalaria.</p> <p>\$6,700 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de la salud dentro de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios se aplican.</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p><b>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ingresado</b> (puede requerir aprobación)</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para estadias hospitalarias de pacientes ingresados. Usted paga \$0 o \$310 por día durante los días 1 a 6 Usted paga \$0 por día del día 7 al día 90 Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante</p>
<p><b>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ambulatorio</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de cirugía ambulatoria:</li> <li>• Observación en el hospital:</li> <li>• Hospital de pacientes ambulatorios:</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$195 Usted paga un copago de \$0 o \$295 Usted paga un copago de \$0 o \$295</p>
<p><b>Visitas al médico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria:</li> <li>• Especialistas (puede requerir autorización de su médico de atención primaria):</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 Usted paga un copago de \$0 o \$45</p>
<p><b>Atención preventiva</b> (Servicios que lo mantienen saludable)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prueba de densidad ósea</li> <li>– Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>– Examen de chequeo cardiovascular</li> <li>– Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>– Examen de detección de depresión</li> <li>– Examen de detección de diabetes</li> <li>– Examen de detección de cáncer de próstata</li> <li>– Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas</li> <li>– Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez)</li> <li>– Visita de “bienestar” anual</li> </ul> <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el contrato tendrán cobertura.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$90</p> <p>Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia. Vea los demás costos en la sección “Cuidado de hospital de paciente ingresado” de este folleto.</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	Usted paga un copago de \$0 o \$30
<b>Imágenes/Análisis de laboratorio/ Servicios diagnósticos</b> (Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Pueden requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computadas):</li> <li>• Servicios de laboratorio:</li> <li>• Análisis de diagnóstico y procedimientos:</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios:</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radiación para el cáncer):</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0 o 20 % Usted paga un copago de \$0 o \$15 Usted paga un copago de \$0 o \$15 Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %  Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %
<b>Servicios de audición</b> (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</li> <li>• Examen auditivo de rutina (para un máximo de uno por año):</li> <li>• Evaluación/adaptación de audífonos (para un máximo de una por año):</li> <li>• Audífonos:</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0 o \$40  Usted paga \$0  Usted paga \$0 Nuestro plan paga hasta \$350 por año para audífonos.
<b>Servicios dentales</b> Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes): Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (un máximo de una cada seis meses):</li> <li>• Radiografía(s) bucal(es) (para un máximo de una cada seis meses):</li> <li>• Tratamiento con fluoruro (para un máximo de uno cada seis meses):</li> <li>• Examen bucal (un máximo de uno cada seis meses):</li> </ul>	Usted paga \$0  Usted paga \$0  Usted paga \$0  Usted paga \$0
Servicios dentales integrales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios reconstructivos:</li> <li>• Endodoncia, periodoncia, extracciones:</li> <li>• Prostodoncia, otra cirugía bucal/ maxilofacial, otros servicios:</li> </ul>	Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p><b>Servicios de la visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido el control anual de glaucoma) (puede requerir aprobación):</li> <li>Examen ocular de rutina (un máximo de uno por año):</li> </ul> <p>Anteojos de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto:</li> <li>Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$45</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Un par hasta \$200 de límite por plan anual.</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de paciente ingresado:</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios:</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 o \$1,763 por el período de internación/beneficio</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190-días de por vida para cuidado de la salud mental de pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico. El límite para cuidados hospitalarios del paciente ingresado no se aplica a los servicios de salud mental de pacientes ingresados proporcionados en un hospital general.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por año (hasta 190 días límite de por vida) para una estancia en hospital psiquiátrico.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es de más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que use los 60 días adicionales, su cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días (por año, hasta 190 días límite de por vida).</p> <p>Usted paga un copago de \$0 o \$40</p> <p>Usted paga un copago de \$0 o \$40</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada</b> (puede requerir aprobación)</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Usted paga \$0 por día durante los días 1 a 20, paga \$0 o \$178 por día durante los días 21 a 100</p>
<p><b>Fisioterapia</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de terapia ocupacional:</li> <li>Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 o \$40</p> <p>Usted paga \$0 o \$40</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p><b>Ambulancia</b> (puede requerir aprobación; no se exime si es admitido)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terrestre:</li> <li>• Aérea:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 o \$225</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>Sin cobertura</p>

# Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)

## MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

- Medicamentos de quimioterapia: Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %
- Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %

## MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

Como miembro del plan **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)**, usted es inscrito automáticamente en Medicare Parte D. Debido a su elegibilidad para Medicaid y Medicare, debe recibir Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta.

Esto significa que recibirá ayuda para pagar su prima de Medicare Parte D (el importe que paga todos los meses por su seguro), el deducible anual (el importe que paga antes de que su plan comience a pagar), y el copago de medicamentos con receta (el importe que paga por un medicamento), según corresponda.

### Deducible

El deducible es el importe que usted debe pagar antes de que su plan pague por los servicios cubiertos.

Según la determinación de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), puede ser elegible para los ahorros adicionales de la Parte D a través del subsidio por bajos ingresos (LIS). En este plan, según su nivel de elegibilidad para obtener Ayuda adicional, puede pagar un deducible anual de hasta **\$89** y algunos pequeños copagos (el importe que paga por medicamentos) o coseguros (el porcentaje que paga por medicamentos) cuando surte sus recetas en farmacias que tienen un contrato con la farmacia de EmblemHealth.

### Cobertura inicial

Después de alcanzar su deducible, pasará a una fase de cobertura inicial. En esta fase, usted y el plan comparten algunos de los costos de los medicamentos cubiertos.

Sobre la base de su nivel de LIS, usted paga la siguiente participación en los costos minoristas y de pedidos por correo estándar para medicamentos con receta:

COSTOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA POR CATEGORÍA DE SUBSIDIO POR BAJOS INGRESOS (LIS)			
CATEGORÍA LIS (Nivel del subsidio)	COSTOS DE BOLSILLO A TRAVÉS DE LA INTERRUPCIÓN DE COBERTURA Genéricos/De marca	MEDICAMENTOS DE NIVEL CATASTRÓFICO POR LOS QUE PAGA MÁS DE \$6,350 Genéricos/De marca	PRIMA (el importe que paga mensualmente por su seguro)
Categoría 0	No es elegible para obtener el subsidio por bajos ingresos; importes mencionados en el Resumen de Beneficios.	Usted paga \$3.60/\$8.95 o el 5 % del costo, lo que sea mayor.	
Categoría 1 (100 %)	\$3.60/\$8.95	\$0	\$0
Categoría 2 (100 %)	\$1.30/\$3.90	\$0	\$0
Categoría 3 (100 %)	\$0 (institucional)	\$0	\$0
Categoría 4 (100 %)	\$89 de deducible y 15 % del costo	\$3.60/\$8.95	\$0
Categoría 4 (75 %)	\$89 de deducible y 15 % del costo	\$3.60/\$8.95	
Categoría 4 (50 %)	\$89 de deducible y 15 % del costo	\$3.60/\$8.95	
Categoría 4 (25 %)	\$89 de deducible y 15 % del costo	\$3.60/\$8.95	

SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	
Genéricos	De marca
Genéricos: Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.60, o el 15 % del costo	De marca: Usted paga \$0, \$3.90 u \$8.95, o el 15 % del costo

Lea la sección “Medicamentos con receta” en su Resumen de Beneficios para obtener una descripción de la cobertura que ofrece su plan. Su Evidencia de Cobertura (EOC) incluye más información sobre lo que cubre su plan para medicamentos con receta.

### Cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia de venta al detalle y de la farmacia de entrega a domicilio) alcancen **\$6,350**, según su nivel de ayuda adicional, pagará \$0 por todos los medicamentos o \$3.60 por medicamentos genéricos y de marca preferidos que son de múltiples fuentes, o **\$8.95** para todos los demás.

Si tiene preguntas, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura (EOC)”. También puede ver la Evidencia de Cobertura en línea en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

### **Cómo calificar para obtener “Ayuda Adicional”, subsidio por bajos ingresos (LIS)**

Si usted califica para obtener Ayuda Adicional con los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, el importe mensual que pague por el seguro y los costos de farmacia serán más bajos.

El importe de la Ayuda Adicional, el nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS), decidirá el importe que pagará mensualmente por el seguro como miembro de nuestro plan.

Para obtener más información sobre los subsidios disponibles para Medicare Parte D (el dinero que el gobierno otorga para ayudar a pagar los medicamentos de la Parte D) comuníquese con:

- EmblemHealth al **800-447-5496 (TTY: 711)**. Del 1 de octubre al 31 de marzo, podrá llamarnos los siete días de la semana de 8:00 am a 8:00 pm. Del 1 de abril al 30 de septiembre, podrá llamarnos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm.
- Seguro Social al **800-772-1213, (TTY: 800-325-0778)**, de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm. O bien, visite **ssa.gov**. El Seguro Social también puede proporcionarle una solicitud.



BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<b>Acupuntura</b>	Sin cobertura
<b>Atención quiropráctica</b> (puede requerir aprobación) Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna están fuera de lugar):	Usted paga \$0 o \$20
<b>Atención de podología</b> (los servicios de podología pueden requerir una autorización de su médico) <ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes de pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones:</li><li>• Cuidado de rutina de los pies (para un máximo de 4 visitas por año):</li></ul>	Usted paga \$0 o \$40  Sin cobertura
<b>Cuidado de la salud en el hogar</b> (puede requerir aprobación)	Usted paga \$0
<b>Hospicio</b>	Usted paga \$0 por atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Usted puede tener que pagar parte del costo de los medicamentos y parte del cuidado de hospicio. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.
<b>Suministros/Equipos médicos</b>  Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc. puede requerir aprobación):  Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc. pueden requerir aprobación): <ul style="list-style-type: none"><li>• Aparatos protésicos:</li><li>• Suministros médicos relacionados:</li></ul> Servicios y suministros para la diabetes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Suministros para el control de la diabetes:</li><li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes:</li><li>• Plantillas o zapatos terapéuticos:</li></ul>	Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %  Usted paga un coseguro de \$0 o 20 % Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %  Usted paga \$0  Usted paga \$0  Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %



<b>BENEFICIO</b>	<b>EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)</b>
<b>Díalisis renal</b>	Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %
<b>Programas de bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acondicionamiento físico:</li><li>• Línea directa:</li></ul>	Sin cobertura Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas
<b>Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios</b> (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"><li>• Visita de terapia grupal:</li><li>• Visita de terapia individual:</li></ul>	Usted paga \$0 o \$40 Usted paga \$0 o \$40
<b>Artículos de venta libre</b>	Sin cobertura
<b>Cobertura urgente y de emergencia en todo el mundo</b>	Usted paga \$0 o \$90 \$0 si es admitido en un día (no se exime si es admitido dentro de 1 día)

## BENEFICIOS ESPECIALES PARA SUS NECESIDADES

Esta sección explica algunos de los productos y servicios adicionales cubiertos por EmblemHealth mencionados en la sección anterior de los cuadros del Resumen de Beneficios.

Comencemos.

### **Atención quiropráctica**

Si necesita utilizar servicios quiroprácticos, no necesita autorización de su médico de atención primaria para una consulta inicial a un quiropráctico que tenga un contrato con nosotros. Los servicios de quiropráctico de EmblemHealth son provistos por **Palladian Muscular Skeletal Health**.

Para obtener una lista de quiroprácticos que tienen un contrato con nosotros, llame al Servicio de atención al cliente de EmblemHealth.

### **Servicios dentales**

Nuestra meta es brindarle acceso a atención de alta calidad para administrar sus necesidades dentales preventivas. Tener dientes saludables forma parte de mantenerse sano.

### **Servicios de audición**

Tome el control de su audición y mejore su calidad de vida. Además de los servicios de audición, nuestro plan paga hasta **\$350** cada año para audífonos.

### **Servicios de la visión**

Es importante que se asegure de cuidarse la vista para el futuro. Además de la cobertura de la vista, también tiene derecho a anteojos de rutina sin costo alguno con una asignación de \$200 cada año.

Para obtener una lista de profesionales y centros del cuidado de la salud ocular, y para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente de EmblemHealth.

## RESUMEN DE BENEFICIOS DE COBERTURA DE MEDICAID PARA EL CONTRATO H5991, PLAN 002

### Productos y servicios adicionales para Miembros de EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)

**EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)**, a través de un acuerdo con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, cubre todos los productos y servicios para el cuidado de la salud que usted recibía con el cargo por servicio de Medicaid o con Medicaid, y más.

La clase de productos y servicios de Medicaid que usted recibirá son determinados por el estado de Nueva York y pueden variar según sus ingresos y recursos. Además, sus productos y servicios de Medicaid pueden cambiar durante el año según sus ingresos o recursos.

Con la ayuda de Medicaid, algunos miembros del plan Dual Eligible no tienen que pagar algunos costos de Medicare.

Presente su tarjeta de identificación de miembro de **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)** y su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York para acceder a los servicios cubiertos por Medicaid que se detallan a continuación. Puede ver lo que Medicaid del estado de Nueva York cubre y lo que nuestro plan cubre de cada uno de los productos y servicios de la lista a continuación.

Beneficio	Beneficios del cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con el cargo por servicio de Medicaid
<p><b>Servicios de ambulancia</b> Servicios de ambulancia médicamente necesarios</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$90
<p><b>Equipos médicos duraderos</b> Equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los aparatos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, y fórmula enteral.</p> <p>Aparatos protésicos u ortopédicos con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidad para soportar un uso repetido por un período prolongado;</li> <li>• de uso médico principalmente y habitualmente;</li> <li>• no útiles, en general, para una persona sana o sin una lesión o enfermedad, y generalmente diseñados y adaptados al uso de una persona en particular.</li> </ul>	Cubierto	Artículos que no pertenecen a Medicare cubiertos por el cargo por servicio de Medicaid
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$90
<p><b>Diálisis (riñón)</b></p>	Cubierto	Usted paga \$0 o 20 %

<b>Beneficio</b>	<b>Beneficios del cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con el cargo por servicio de Medicaid</b>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• selección, adaptación y entrega de audífonos;</li> <li>• controles de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos;</li> <li>• servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos;</li> <li>• productos para los problemas de audición, incluidos audífonos, moldes de oído, accesorios especiales y repuestos.</li> </ul>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40
<p><b>Cuidado de la agencia de salud en el hogar</b></p> <p>Medicaid cubre los servicios de salud en el hogar médicamente necesarios e incluye servicios adicionales de salud en el hogar no cubiertos por Medicare.</p> <p>Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fisioterapeutas para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su potencial máximo de recuperación; y</li> <li>• enfermeros para el llenado previo de jeringas para personas discapacitadas con diabetes</li> </ul>	Cubierto	Usted paga \$0
<p><b>Cuidado de hospital de paciente ingresado (incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)</b></p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$310 por los días 1 a 6 y \$0 a partir del día 7
<p><b>Cuidado de la salud mental del paciente ingresado</b></p> <p>Todos los servicios para el cuidado de la salud mental de los pacientes ingresados, incluidas las admisiones voluntarias e involuntarias para servicios de salud mental durante el límite de por vida de 190 días que ofrece Medicare.</p>	Cubierto	Usted paga \$ 0 o \$ 1,763 por internación
<p><b>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</b></p>	Cubierto	Usted \$0 o \$15 para pruebas de diagnóstico y; \$0 o 20 % para servicios terapéuticos
<p><b>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio</b></p> <p>Visitas de terapia individual y grupal.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40

<b>Beneficio</b>	<b>Beneficios del cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con el cargo por servicio de Medicaid</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Servicios cubiertos por Medicaid de 40 visitas por año para fisioterapia y 20 visitas por año para terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje, excepto para menores de 21 años o personas con discapacidades del desarrollo según la determinación de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40
<p><b>Tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios</b></p> <p>Visitas de terapia individual y grupal.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p>	Cubierto	<p>Usted paga \$0 o \$195 para cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga \$0 o \$295 para cada visita al centro para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p>
<p><b>Aparatos protésicos, suministros médicos y quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral</b></p> <p>Como miembro de doble elegibilidad, es posible que tenga derecho a aparatos adicionales de prótesis, ortesis y zapatos ortopédicos cubiertos por Medicaid.</p> <p>Fórmula enteral limitada a alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o por sonda de alimentación por gastrostomía; o tratamiento de un error metabólico congénito.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o 20 %
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p> <p>Días después del límite de 100 días de Medicare.</p>	Medicaid cubre los días adicionales tras la superación del límite de Medicare.	Usted paga \$0 por día para los días 1 a 20, y \$178 por día para los días 21 a 100
<p><b>Transporte de rutina</b></p> <p>Transporte básico para personas inscritas para obtener atención y servicios médicos necesarios según los beneficios del plan o el cargo por servicio de Medicaid.</p> <p>Incluye transporte para discapacitados, taxi, transporte público u otros medios adecuados para la condición médica de la persona inscrita y un asistente de transporte para acompañar a la persona, si es necesario.</p>	Cubierto	Cubierto por el cargo por servicio de Medicaid

<b>Beneficio</b>	<b>Beneficios del cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con el cargo por servicio de Medicaid</b>
<b>Atención urgentemente necesaria</b>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$30
<b>Atención dental</b> Servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen la atención dental necesaria preventiva, profiláctica y de rutina, servicios y suministros, y prótesis dentales para aliviar afecciones graves de la salud. Servicios dentales quirúrgicos para pacientes internados o ambulatorios, sujetos a autorización previa.	Cubierto	Servicios preventivos cubiertos Sin límite anual

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un Acuerdo de Coordinación de beneficios 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. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 877-344-7364 (TTY: 711) para obtener más información.

SilverSneakers® es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

# Lista de control para la preinscripción de 2020

Antes de tomar una decisión en cuanto a la inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de atención al cliente al **877-344-7364** (TTY: **711**), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

## Información sobre los beneficios

- Consulte la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en particular para aquellos servicios por los cuales visita a su médico con más frecuencia. Visite [emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare) o llame al **877-344-7364** (TTY: **711**) para ver una copia de la Evidencia de Cobertura.
- Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente consulta estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia en donde surtir sus recetas.

## Información sobre reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Salvo emergencias o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un Plan de necesidades especiales (D-SNP) doblemente elegible. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS/HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare. HIP tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para HMO D-SNP. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth.