

Resumen de Beneficios **EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)**

Del 1° de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Para inscribirse en **EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster y Westchester.

Este plan ofrece cargos adicionales complementarios opcionales, donde usted tiene la opción de agregar los beneficios de acondicionamiento físico de SilverSneakers® y/o dentales integrales sin costo.

EMBLEMHEALTH VIP PART B SAVER (HMO)

PRIMA MENSUAL DEL PLAN (EL IMPORTE QUE PAGA MENSUALMENTE POR SU SEGURO)

CONDADOS	Su nivel de ayuda adicional			
	EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)	EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO) con servicios dentales	EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO) con SilverSneakers®	EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO) con servicios dentales y SilverSneakers®
Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond, Nassau, Suffolk, Westchester, Orange, Rockland, Dutchess, Putnam, Sullivan, Ulster	\$0	\$11.50	\$15.00	\$26.50

Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP PART B SAVER (HMO)
Reducción de la prima de la Parte B	<p>\$41.67 por mes</p> <p>EmblemHealth Part B Saver (HMO) ofrece una reducción de la Parte B. Reduiremos sus primas mensuales en \$41.67 por mes. Medicare establece esta reducción y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) la administra. Dependiendo de cómo pague su prima de Medicare Parte B, su reducción puede acreditarse en su cheque del Seguro Social o puede acreditarse en su declaración de la prima de Medicare Parte B. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse; sin embargo, usted recibirá un crédito total.</p>
Deducible (El importe que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar).	Este plan tiene un deducible de \$1,000 en los servicios médicos cubiertos seleccionados.*
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (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. Esto no incluye su prima ni los costos de los medicamentos con receta).	<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, que es lo que usted paga por los servicios de salud, 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>

***Se aplican deducibles médicos.**

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP PART B SAVER (HMO)
<p>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ingresado (puede requerir aprobación)</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para estadías hospitalarias de pacientes ingresados.</p> <p>Usted paga \$495 por día del día uno al día tres</p> <p>Usted paga \$0 por día del día cuatro al día 90</p> <p>Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante</p>
<p>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ambulatorio (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico ambulatorio: • Observación en el hospital: • Hospital para pacientes ambulatorios: 	<p>Usted paga \$300*</p> <p>Usted paga \$475*</p> <p>Usted paga \$495*</p>
<p>Visitas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: • Especialistas: <p>(pueden requerir autorización de su médico de atención primaria)</p>	<p>Usted paga \$25</p> <p>Usted paga \$50</p>
<p>Cuidados preventivos (servicios que lo mantienen saludable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: 	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> – Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal. – Asesoramiento por abuso de alcohol. – Prueba de densidad ósea. – Examen de detección de cáncer de mama (mamografía). – Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual). – Examen de chequeo cardiovascular. – Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino. – Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible). – Examen de detección de depresión. – Exámenes de detección de diabetes. – Examen de detección de VIH. – Servicios médicos de la terapia de la nutrición.

***Se aplican deducibles médicos.**

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP PART B SAVER (HMO)
Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> – Examen de detección para la obesidad y orientación. – Examen de detección de cáncer de próstata (PSA). – Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual y orientación. – Orientación para abandono del tabaquismo (orientación para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco). – Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas. – Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez). – Visita de “bienestar” anual. <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el contrato tendrán cobertura.</p>
Atención de emergencia	<p>Usted paga \$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>
Servicios urgentemente necesarios	<p>Usted paga \$50</p>
Imágenes/Análisis de laboratorio/ Servicios diagnósticos (Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): • Servicios de laboratorio: • Pruebas de diagnóstico y procedimientos: • Radiografías para pacientes ambulatorios: • Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): 	<p>Usted paga el 20 % del costo*</p> <p>Usted paga \$0 o el 20 % del costo</p> <p>Usted paga \$0 o el 20 % del costo*</p> <p>Usted paga \$40 o el 20 % del costo</p> <p>Usted paga el 20 % del costo*</p>
Servicios de audición (pueden requerir una autorización de su médico) <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: • Examen de audición de rutina (un máximo de uno por año): 	<p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga \$10</p>

***Se aplican deducibles médicos.**

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP PART B SAVER (HMO)
<p>Servicios de la audición (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación/adaptación de audífonos (un máximo de una por año): Audífonos: 	<p>Usted paga \$10</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$1,800 cada tres años para audífonos.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Sin límite de dólares al año</p> <p>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpieza (un máximo de una cada seis meses): Radiografía(s) bucal(es) (un máximo de una cada seis meses): Tratamiento con fluoruro (un máximo de uno cada seis meses): Examen bucal (un máximo de uno cada seis meses): <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Beneficio complementario opcional</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios reconstructivos: Endodoncia, periodoncia, extracciones: Prostodoncia, otra cirugía bucal/ maxilofacial, otros servicios: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$11.50 de prima por mes.</p> <p>Usted paga \$0-\$125 según el procedimiento</p> <p>Usted paga \$0-\$150 según el procedimiento</p> <p>Usted paga \$0-\$150 según el procedimiento</p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido el control anual de glaucoma) (puede requerir aprobación): Examen ocular de rutina (un máximo de uno por año): <p>Anteojos de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto: Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: 	<p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga \$10</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Un par por año hasta \$240 de límite por plan por año.</p> <p>Usted paga \$40</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP PART B SAVER (HMO)
<p>Servicios de salud mental (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente ingresado: • Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: • Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: 	<p>Usted paga \$495 por día del día uno al día tres. Usted paga \$0 por día del día cuatro al día 90.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite para cuidado de hospital de paciente ingresado no se aplica a los servicios mentales de pacientes ingresados que se brindan en un hospital general.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para estadías hospitalarias de pacientes ingresados.</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 hospital para paciente ingresado se limitará a 90 días.</p> <p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga \$40</p>
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (puede requerir aprobación)</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Usted paga \$0 por día del día uno al día 20.</p> <p>Usted paga \$172 por día del día 21 al día 100.</p>
<p>Fisioterapia (puede requerir aprobación y/o autorización de su médico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (un máximo de 2 sesiones de una hora por día y hasta 36 sesiones en un máximo de 36 semanas): • Visita de terapia ocupacional: • Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: 	<p>Usted paga \$30</p> <p>Usted paga \$40*</p> <p>Usted paga \$40*</p>
<p>Ambulancia (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia por vía aérea: 	<p>Usted paga \$250*</p> <p>Usted paga el 20 % del costo*</p>

***Se aplican deducibles médicos.**

Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

- Medicamentos de quimioterapia: Usted paga el 20 % del costo
- Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga el 20 % del costo

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

Cuatro etapas de la cobertura de medicamentos

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de cinco “categorías” (niveles). Tendrá que usar la farmacopea (lista de medicamentos cubiertos) para saber en qué categoría se encuentra un medicamento.

Deducible

El deducible es el importe que usted debe pagar antes de que su plan pague por los servicios cubiertos. Este deducible se aplica a farmacias de venta al detalle y entrega a domicilio.

No hay deducible para los medicamentos de la categoría 1 (genéricos preferidos).

Se aplica un deducible de **\$415** para los medicamentos de la categoría 2 (genéricos), de la categoría 3 (de marca preferidos), de la categoría 4 (no preferidos) y de la categoría 5 (especialidad).

Cobertura inicial

Después de alcanzar su deducible, pasará a una fase de cobertura inicial.

En esta fase, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de los medicamentos, lo que incluye el deducible, alcancen **\$3,820**. Los costos totales de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan lo ayudarán a alcanzar la interrupción de cobertura.

Participación en los costos minoristas estándar

Categoría	EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)				
	Deducible	Cobertura inicial de \$0-\$3,820, para un suministro para 30 días		Interrupción de cobertura superior a \$3,820	Catastrófica superior a \$5,100
	Usted paga	Preferido	Estándar	Usted paga	Usted paga
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$4	37%	5%
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$415	\$18	\$20	37%	5%
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$415	\$45	\$47	25%	5%
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$415	\$95	\$100	37 %/25%	5%
Categoría 5: Medicamentos del nivel de especialidad	\$415	25%	25%	37 %/25%	5%

Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)

Participación en los costos de pedidos por correo estándar

Categoría	EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO)	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Suministro mensual		
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$18	\$54
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$45	\$135
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$95	\$285
Categoría 5: Medicamentos del nivel de especialidad	25%	N/A

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia de venta al detalle.

Interrupción de cobertura

La interrupción de cobertura (que también se llama “período sin cobertura”) comienza después de que el gasto total anual de los medicamentos (junto con lo que paga nuestro plan y lo que paga usted) alcanza los **\$3,820**.

Mientras se encuentre en la interrupción de cobertura en 2019, usted pagará el 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca y el 37 % del costo del plan para los medicamentos genéricos. Usted ingresa a la fase de cobertura en situación catastrófica una vez que sus gastos de bolsillo reales anuales (true out-of-pocket cost, Troop) alcancen **\$5,100**. Los costos que usted abone y los pagos con descuento del fabricante para los medicamentos de marca cuentan para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a salir de la interrupción de cobertura. **No todas las personas alcanzan un período de interrupción de cobertura.**

Cobertura en situación catastrófica

Cuando sus gastos de bolsillo anuales para medicamentos llegan a **\$5,100**, usted paga la cantidad que resulte mayor de las siguientes opciones: 5 % del costo o usted paga **\$3.40** por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). Usted paga **\$8.50** por todos los otros medicamentos.

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)**; los siete días de la semana, 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.

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP VIP PART B SAVER (HMO)
<p>Acupuntura</p>	Sin cobertura
<p>Atención quiropráctica (puede requerir aprobación)</p> <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna están fuera de lugar):</p>	Usted paga \$10
<p>Atención de podología (los servicios de podología pueden requerir una autorización de su médico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones: • Cuidado de rutina de los pies (un máximo de cuatro visitas por año): 	<p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga \$40</p> <p>El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.</p>
<p>Cuidado de la salud en el hogar (puede requerir aprobación)</p>	Usted paga \$0
<p>Hospicio</p>	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.
<p>Suministros/Equipos médicos Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.; puede requerir aprobación):</p> <p>Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.; pueden requerir aprobación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos protésicos: • Suministros médicos relacionados: 	<p>Usted paga el 20 % del costo</p> <p>Usted paga el 20 % del costo</p> <p>Usted paga el 20 % del costo</p>
<p>Servicios y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la diabetes: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: • Plantillas o zapatos terapéuticos: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP VIP PART B SAVER (HMO)
Diálisis renal	Usted paga el 20 % del costo*
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none">• Línea directa: Beneficio complementario opcional <ul style="list-style-type: none">• Acondicionamiento físico:	Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas SilverSneakers® — Usted paga \$15 de prima por mes.
Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none">• Visita de terapia grupal:• Visita de terapia individual:	Usted paga \$40 Usted paga \$40
Cobertura urgente y de emergencia en todo el mundo	Usted paga \$90* Usted paga \$0 si ingresa por un día

*Se aplican deducibles médicos.

Contáctenos

Para obtener más información sobre los planes de EmblemHealth y para inscribirse llame al 800-447-5496, TTY: 711, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

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 EOC en línea en **emblemhealth.com/medicare**.

Si desea saber más sobre los beneficios, los servicios y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente de “Medicare & You”.

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**.

HIP Health Plan of New York (HIP) es un plan de una HMO que tiene contrato con Medicare. 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.

Tivity Health, Inc., una compañía independiente, brinda el programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers®. © 2018. Todos los derechos reservados.

ATENCIÓN: Si habla otros idiomas, tiene a su disposición ayuda para idiomas sin costo alguno para usted. Llame al 877-411-3625 (TTY: 711). ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-411-3625 (TTY: 711).

Lista de Control de Pre-Inscripción

Antes de hacer una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y nuestras reglas. Si usted tiene cualquier pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al **877-344-7364** (TTY: **711**), 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

Entienda los Beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se presenta en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente esos servicios para los cuales usted visita de rutina a un médico. Visite **emblemhealth.com/medicare** o llame al **877-344-7364** TTY: **711** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse que los médicos que usted ve ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente usted tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse que la farmacia que usted usa para cualquier medicamento de receta está en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente usted tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Entienda las Reglas Importantes

- Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Esta prima normalmente se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).

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

H3330_127453_C NS