



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

Aviso anual de cambios para 2020

En la actualidad está inscrito como miembro de EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP). El año próximo, los beneficios y costos del plan sufrirán algunos cambios. *Este folleto informa sobre los cambios.*

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso.

- Verifique los cambios de nuestros beneficios y costos para determinar si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que podrá satisfacer sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.5 y 3 para obtener información sobre los cambios de costos y beneficios de su plan.

- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos de receta para determinar si lo afectan.
 - ¿Cubrirá los medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como la necesidad de aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios por el costo de uso de esta farmacia?
 - Revise la lista de medicamentos de 2020 y busque en la Sección 2.6 información sobre los cambios de nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que podría tener disponibles; de esta manera, podría ahorrar en gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros indican qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran otra información del precio de los medicamentos año tras año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.

Consulte si sus médicos y otros proveedores continuarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Se encuentran en nuestra red sus médicos, incluso los especialistas a quien visita regularmente?
- ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

Piense en los gastos del cuidado de la salud en general.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos de receta que consume habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se compara el costo total de sus planes con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

Verifique la cobertura y el costo de los planes de su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en nuestro buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encuentre planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista en el reverso de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
- Lea la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Después de limitar sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELECCIÓN: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si quiere **mantener** el plan EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP), no debe hacer nada más. Se quedará en EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, podrá cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Lea la Sección 5, página 14 para obtener más información sobre sus opciones.

- 4. INSCRIPCIÓN:** Para cambiar de plan, deberá afiliarse a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.
- Si no se se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, se quedará en EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).
 - **Si se adhiere a otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019, su nueva cobertura comenzará a regir el 1° de enero de 2020.**

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en español.
- Comuníquese con el número de Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana.
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluso letras grandes o Braille. Llame al Departamento de Servicio de Atención al Cliente al número indicado anteriormente si necesita la información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA).** Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)

- El Plan de Seguro de Salud del Área Metropolitana de Nueva York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS/HMO D-SNP con un contrato de Medicare. El HIP tiene un contrato con el Programa Medicaid de Nueva York para HMO D-SNP. La inscripción en el HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa HIP/EmblemHealth. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para 2020

La tabla que se encuentra a continuación compara los costos de 2019 y 2020 para EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Recuerde que solo es un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*. **Si es elegible para la asistencia de costos compartidos en Medicare, pagará \$0 por su deducible, visitas al médico y hospitalizaciones.**

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser mayor o menor a este monto. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1).	\$0	\$0
	La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.	La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.
Visitas al consultorio	<u>Visitas de atención primaria:</u> \$0 de copago por visita. <u>Visitas a un especialista:</u> \$0 de copago por visita.	<u>Visitas de atención primaria:</u> \$0 de copago por visita. <u>Visitas a un especialista:</u> \$0 de copago por visita.
Hospitalizaciones Incluye cuidados intensivos para pacientes, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día como paciente hospitalizado.	\$0 de copago para cada hospitalización cubierta por Medicare. Necesita autorización previa.	\$0 de copago para cada hospitalización cubierta por Medicare. Necesita autorización previa.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos de receta de la Parte D (Para obtener más información, consulte la Sección 2.6).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Debido a que recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos de receta, la etapa del deducible no se aplica.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica. • Nivel 2 de medicamentos: Usted paga los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos): un copago de \$0, \$1.25, o \$3.40. • Nivel 3 de medicamentos: Usted paga un copago de \$0, \$3.80 u \$8.50. • Nivel 4 de medicamentos: Usted paga los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos): un copago de \$0, \$1.25 o \$3.40. Para el resto de los medicamentos: usted paga un copago de \$0, \$3.80 u \$8.50. • Nivel 5 de medicamentos: Usted paga los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos): un copago de \$0, \$1.25 o \$3.40. Para el resto de los medicamentos: usted paga un copago de \$0, \$3.80 u \$8.50. <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Debido a que recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos de receta, la etapa del deducible no se aplica.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Todos los medicamentos de la farmacopea <p style="padding-left: 40px;"><i>Genéricos: \$0 a \$3.60</i> <i>Marca: \$0 a \$8.95</i></p> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$6,700	\$6,700
<p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.2).</p>	<p>Usted no es responsable por el pago de los gastos de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Usted no es responsable por el pago de los gastos de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del Plan	5
SECCIÓN 2 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año.....	5
Sección 2.1 – Cambios de la prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios del monto máximo de bolsillo.....	5
Sección 2.3 – Cambios de la red de proveedores.....	6
Sección 2.4 – Cambios de la red de farmacias.....	7
Sección 2.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos.....	7
Sección 2.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D	8
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir	13
Sección 4.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)	13
Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan	13
SECCIÓN 5 Cambio de planes.....	14
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	15
SECCIÓN 7 Programas de ayuda de pago de medicamentos de receta	15
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 8.1 – Obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).....	16
Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	17
Sección 8.3 – Obtener ayuda de Medicaid.....	17

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del Plan

El 1 de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP) a EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).

Recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación (ID) de miembro con información importante para sus proveedores del cuidado de la salud. Todos los materiales correspondientes al año 2020 también mostrarán el nombre EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).

SECCIÓN 2 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios de la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.	\$0 La prima de su plan se paga en su nombre mediante la “Ayuda adicional”.

Sección 2.2 – Cambios del monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud que limiten la cantidad que pagará “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de bolsillo”. Cuando llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Debido a que sus miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable por el pago de los gastos de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) se consideran para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de medicamentos de receta no se consideran para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p>\$6,700</p> <p>Después de pagar gastos de bolsillo por \$6,700 para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios de la red de proveedores

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2020. Encontrará un directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o puede pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores. **Le recomendamos especialmente revisar el *Directorio de proveedores actual* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún se encuentran dentro de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios a los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Si su proveedor abandona nuestro plan, haremos todo lo posible para avisarle con al menos 30 días de anticipación para darle tiempo para elegir a un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar con el manejo de sus necesidades del cuidado de la salud.
- Si se encuentra en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar (y nosotros trabajaremos con usted para garantizar) que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no tiene el manejo apropiado, usted tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si determina que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y manejar su atención.

Sección 2.4 – Cambios de la red de farmacias

Los montos que paga por medicamentos de receta podrán depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Se han producido cambios en la red de farmacias para el próximo año. Encontrará un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o puede pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el *Directorio de Farmacias de 2020* para ver las farmacias incluidas en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos

Recuerde que el *Aviso anual de cambios* para 2020 le indica los cambios de sus beneficios y costos de Medicare.

El año próximo cambiaremos la cobertura de determinados servicios médicos. La siguiente información describe dichos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que cubre y lo que paga)* en su *Evidencia de cobertura de 2020*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Servicios dentales	Existe un límite de beneficio anual de \$425.	Sin límite de beneficio anual.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Programas de educación de salud y bienestar	La educación de salud <u>no</u> está cubierta. El control mejorado de enfermedades <u>no</u> está cubierto.	La educación de salud está cubierta. El control mejorado de enfermedades está cubierto.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Los servicios del programa de tratamiento con opioides <u>no</u> están cubiertos.	Los servicios del programa de tratamiento con opioides están cubiertos.
Artículos de venta libre (over the counter, OTC)	Nuestro plan cubre hasta \$60 por mes para artículos elegibles.	Nuestro plan cubre hasta \$50 por mes para artículos elegibles.
Tecnologías de acceso remoto	La línea gratuita de enfermería <u>no</u> está cubierta.	La línea gratuita de enfermería está cubierta.
Servicios de atención necesaria de emergencia/urgencia en todo el mundo	Beneficio de \$6,000 por año calendario para atención y servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.	No hay un límite de beneficio por año calendario para atención y servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.

Sección 2.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. La copia de nuestra lista de medicamentos se envía en formato electrónico.

Hemos realizado cambios a nuestra lista de medicamentos, incluso los cambios de los medicamentos que cubrimos y los cambios de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Repase la lista de medicamentos para asegurarse de que los nuevos medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para determinar si habrá alguna restricción.**

Si está afectado por un cambio de la cobertura de medicamentos, podrá:

- **Conversar con su médico (o profesional autorizado para recetar) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar al plan una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) o puede llamar a Servicio de Atención al Cliente.
- **Converse con su médico (o profesional autorizado para recetar) para encontrar un medicamento diferente** por el que le brindamos cobertura. Puede llamar a Servicio de Atención al Cliente y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporario de un medicamento fuera de la farmacopea durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la afiliación para evitar la interrupción del tratamiento.

Si tiene una excepción para la farmacopea actual de 2019, deberá presentar una nueva solicitud de excepción para 2020. Puede presentar su solicitud de excepción de la farmacopea para 2020 antes de dicho año y, si se aprueba, la excepción de la farmacopea estará vigente a partir de 2020.

La mayoría de los cambios de la lista de medicamentos entran en vigencia al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios según lo permiten las reglas de Medicare.

Si realizamos cambios en la lista de medicamentos durante el año, usted podrá conversar con su médico (o profesional autorizado para recetar) y puede pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Asimismo, continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos según el cronograma y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar a la lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios de los costos de medicamentos de receta

Nota: Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda extra”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos una hoja informativa separada, denominada “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos de receta” (también denominado “Anexo de subsidios por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Dado que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido esta hoja informativa al 30 de setiembre de 2019, llame a Servicio de Atención al Cliente y solicite el “Anexo LIS”. Los números de teléfono de Servicio de Atención al Cliente se encuentran en la Sección 8.1 de este manual.

Existen cuatro “etapas para el pago de medicamentos”. La cantidad que deberá pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago en la que se encuentre. (Para obtener más información sobre los niveles, consulte el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura*).

La siguiente información muestra los cambios para el año próximo en las primeras dos etapas: Nivel de deducible anual y Nivel de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: etapa de interrupción de cobertura o Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*).

Cambios de la etapa de deducibles

Etapa	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica a su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica a su caso.

Cambios de los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en la lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferentes, deberá buscarlos en la lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo de suministro de un mes de surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Nivel 2. Medicamentos genéricos: Usted paga los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos): un copago de \$0, \$1.25, o \$3.40.</p> <p>Nivel 3. Medicamentos de marca preferida: Usted paga un copago de \$0, \$3.80 u \$8.50.</p> <p>Nivel 4. Medicamentos no preferidos: Usted paga los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos): un copago de \$0, \$1.25 o \$3.40. Para el resto de los medicamentos: usted paga un copago de \$0, \$3.80, u \$8.50.</p> <p>Nivel 5. Medicamentos especiales: Usted paga los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos): un copago de \$0, \$1.25 o \$3.40. Para el resto de los medicamentos: usted paga un copago de \$0, \$3.80, u \$8.50.</p> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”</p> <hr/> <p>Después de que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa, (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo de suministro de un mes de surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1 - Todos los medicamentos de la farmacopea:</p> <p><i>Genéricos:</i> Usted paga de \$0 a \$3.60 por receta médica.</p> <p><i>Marca:</i> Usted paga de \$0 a \$8.95 por receta médica.</p> <p>El monto que paga se determina según la receta y su nivel de “Ayuda adicional”</p> <hr/> <p>Después de que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa, (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios de las etapas Interrupción en la cobertura y Cobertura catastrófica

La Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las etapas.**

Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Resumen de beneficios o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Requisitos especiales de elegibilidad	Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para acceder a los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid. Si pierde su elegibilidad, pero espera razonablemente recuperarla en un plazo de 6 meses, aún será elegible para afiliarse a nuestro plan. Sin embargo, durante este período, será responsable por el pago de las primas de Medicare o los costos compartidos para los cuales el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad de Medicare.	Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para acceder a los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid. Si pierde su elegibilidad, pero espera razonablemente recuperarla en un plazo de 3 meses , aún será elegible para afiliarse a nuestro plan. Sin embargo, durante este período, será responsable por el pago de las primas de Medicare o los costos compartidos para los cuales el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad de Medicare.
Si estaba recibiendo servicios de Montefiore CMO	Su dirección para reclamaciones es: CMO, The Care Management Company, 200 Corporate Drive, Yonkers, NY 10701 Su número para autorización previa es: 1-877-447-6668	Su dirección para reclamaciones es: PO Box 2845, New York, NY 10116-2845. Número de identificación del pagador: 55247 Su número para autorización previa es: 1-866-447-9717

Proceso	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Medicamentos compuestos	Los medicamentos compuestos estarán cubiertos si un ingrediente es un medicamento de la Parte D de Medicare o de la farmacopea aprobada. Se necesita autorización previa para algunos medicamentos.	Los medicamentos compuestos estarán cubiertos solo si todos los ingredientes son un medicamento de la Parte D de Medicare o de la farmacopea aprobada. Se necesita autorización previa para algunos medicamentos.

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)

No deberá hacer nada más para quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2020.

Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año; sin embargo, si desea cambiarse para 2020, deberá seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga información y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente,
- -- O -- Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se unirá a un plan de medicamentos de Medicare.

Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se unirá a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea Medicare & You 2020, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También podrá encontrar información sobre los planes en su área mediante el buscador de planes de Medicare o el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que EmblemHealth ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes podrán tener diferencias de cobertura, primas anuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambio de su cobertura

- Para cambiar a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se desafiliará automáticamente de EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos de receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se desafiliará automáticamente de EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta**, deberá:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafilarse. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).
 - – o – Comuníquese con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pida la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos a menos que haya cancelado la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Cambio de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, podrá hacerlo hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Puedo realizar el cambio en otros momentos del año?

En algunas situaciones, se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o pierden cobertura de su empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está satisfecho con la opción de su plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de receta) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En el Estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP).

El HIICAP es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar seguro de salud local **gratuito** a las personas que tienen Medicare. Los asesores de HIICAP pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de planes. Puede llamar a HIICAP al **1-800-701-0501**. Para obtener más información sobre HIICAP, visite el sitio web (<http://www.aging.ny.gov>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid en el Estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York **1-800-541-2831**, TTY **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m a 8 p. m. Los sábados, de 9 a. m a 1 p. m. También se puede comunicar con el Programa de Defensa de Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York (New York State Long Term Care Ombudsman Program), **1-855-582-6769**, TTY **711**.

Pregunte de qué manera su afiliación a otro plan o el regreso a Medicare Original afecta su manera de obtener cobertura del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid).

SECCIÓN 7 Programas de ayuda de pago de medicamentos de receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para el pago de los medicamentos de receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en ‘Ayuda adicional’, también denominada Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda adicional le ayuda a pagar sus primas por medicamentos de receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que califica, no tiene interrupción en la cobertura ni recibe una sanción por inscripción tardía. Si tiene preguntas relacionadas con la Ayuda Adicional, llame a:
 - **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina de Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 7 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia de farmacia de su estado.** El Estado de Nueva York tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos de receta en función de su necesidad, edad o afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia para los costos compartidos de medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen VIH/SIDA tienen acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar su vida. Las personas deben satisfacer determinados criterios, incluso prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos tal como lo define el estado y condición de falta de seguro o seguro insuficiente. Los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos de receta mediante el Programa de Atención Médica para Personas con VIH no Aseguradas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse para el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)

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

Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (contiene información sobre los beneficios y los costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2020* para EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. Le recordamos que nuestro sitio web contiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/lista de medicamentos).

Sección 8.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Podrá encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare o el sitio web de Medicare. (Para ver la información relacionada con los planes, ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2020*

Puede leer el manual *Medicare & You 2020*. Este folleto se envía a los afiliados a Medicare en otoño de cada año. Contiene un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, junto con las respuestas a las preguntas más frecuentes relacionadas con Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 8.3 – Obtener ayuda de Medicaid

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