



Medicare simplificado



ÍNDICE

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

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

La tranquilidad comienza con información clara y sencilla. Queremos que se sienta cómodo y seguro respecto de sus decisiones sobre Medicare. Puede ser fácil, cuando tiene la información que necesita.

Para eso creamos esta guía. Hace que Medicare sea sencillo y fácil de usar.

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

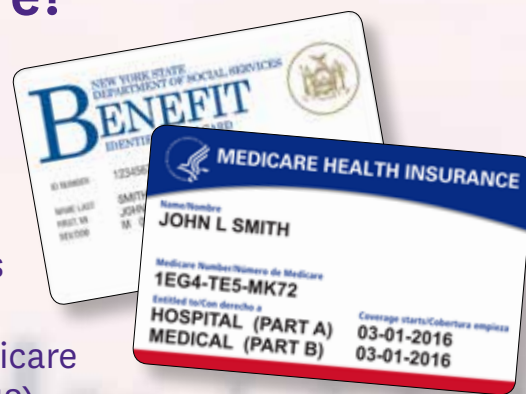
¡Está bien encaminado para tomar las decisiones correctas!



¿Qué es Medicare?

Medicare es el programa del seguro de salud más grande de los Estados Unidos.

Lo administran los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), una agencia gubernamental.

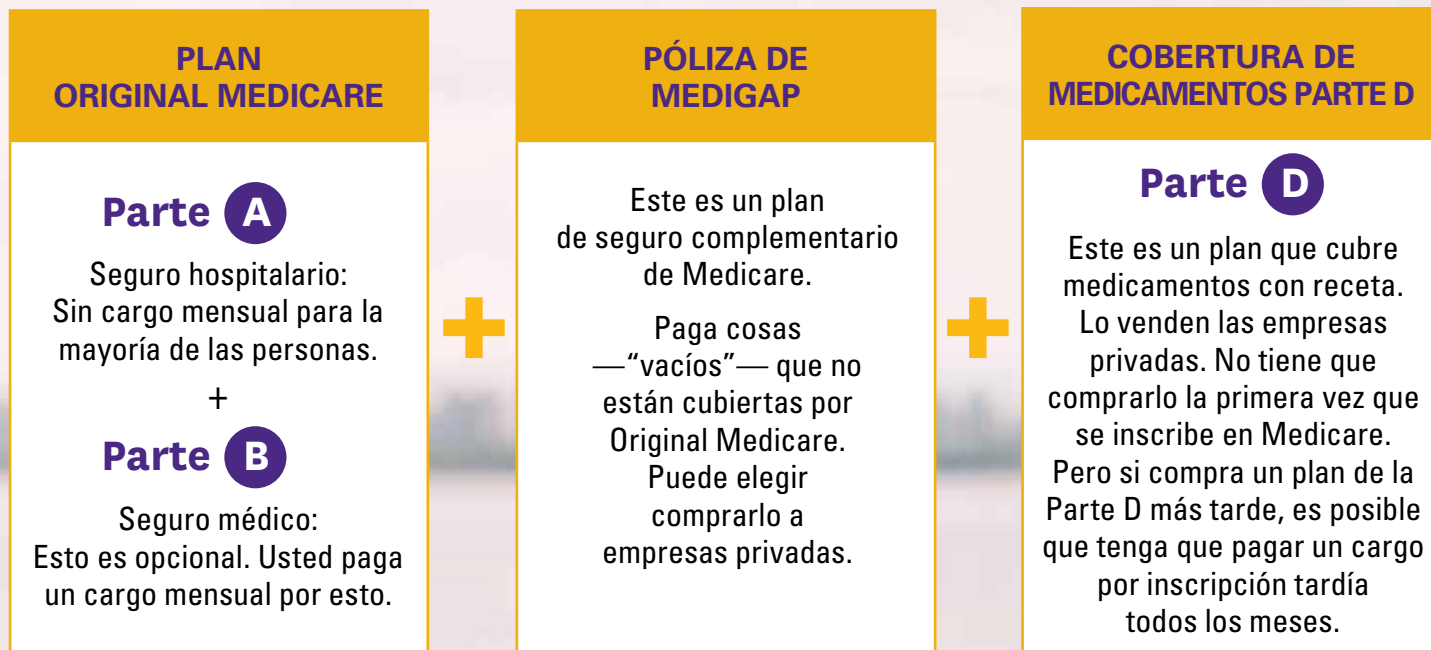


Puede inscribirse en **Medicare** si tiene 65 años o más y:

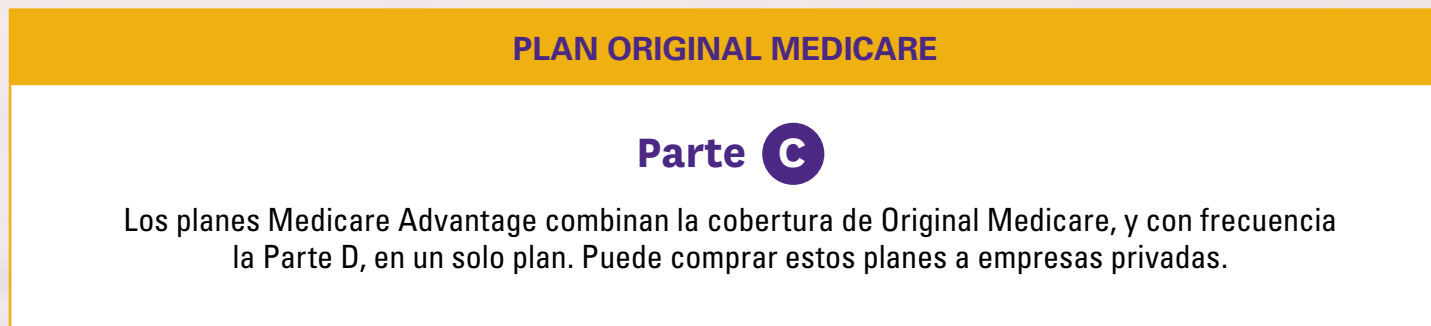
- Tiene la ciudadanía o la residencia permanente en los Estados Unidos.
- Usted o su cónyuge trabajaron al menos 10 años en empleos cubiertos por Medicare.

También es posible que pueda inscribirse en Medicare si tiene menos de 65 años. Consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y usted) en medicare.gov.

Puede obtener Medicare de muchas maneras:



O BIEN



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



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

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

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

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

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

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

ORIGINAL MEDICARE

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

Medicare Parte A Seguro hospitalario

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

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

- Han trabajado durante 10 años combinados, o
- Trabajaron 40 trimestres (períodos de tres meses) y pagaron Medicare. No necesariamente tienen que ser trimestres contiguos.

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

Sí debe pagar los gastos por los servicios que recibe bajo la Parte A. Paga un deducible, que es el monto que usted paga antes de que su plan empiece a pagar, más el porcentaje que le corresponde del costo aprobado por Medicare de los servicios (“coseguro”).

Medicare Parte B Seguro médico

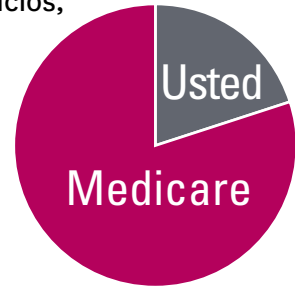
Medicare Parte B le ayuda a pagar por los servicios médicos. Esto incluye servicios como visitas al médico, exámenes, servicios de hospital para pacientes ambulatorios y otros servicios similares. La Parte B se elige en forma voluntaria, lo que significa que inscribirse es opcional. Si elige la Parte B, paga una tarifa mensual, o “prima”, de \$135 al mes. (Esta tarifa puede ser mayor en función de sus ingresos).

Si no se inscribe en la Parte B la primera vez que puede inscribirse en Medicare, pagará una tarifa mensual mayor si elige inscribirse más adelante.

¿Cuánto pago por la atención que recibo bajo la Parte B?

Primero debe pagar un deducible, o una tarifa anual por los servicios, antes de que su plan pague cualquier gasto bajo la Parte B.

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



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

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

Planes suplementarios de Medicare



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

Los planes complementarios de Medicare no incluyen cobertura de medicamentos con receta. Por lo tanto, necesitará un plan por separado para estos medicamentos (consulte la sección de Medicare Parte D en la página 8).

MEDICARE PARTE PLANES MEDICARE ADVANTAGE

Con un plan Medicare Advantage de una empresa privada, puede obtener lo que necesita con un solo plan.

Tener un plan Medicare Advantage significa que seguirá recibiendo todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Y muchos planes Medicare Advantage también incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare Parte D en el precio del plan. Además, obtiene beneficios adicionales, generalmente por no más de lo que ya paga todos los meses por la Parte B.

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

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



Tipos de planes Medicare Advantage

Los planes de la **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)** le ofrecen todos los beneficios de Original Medicare, además de beneficios adicionales. Con un plan HMO:

- Usted elige a un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que le brindará la atención habitual y se encargará de cualquier derivación que necesite para consultar a especialistas.
- Usted generalmente solo está cubierto para la atención y los servicios que recibe de su red de médicos de la HMO.

Los planes de **Punto de Servicio de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization Point of Service, HMO-POS)** le ofrecen todos los beneficios de Original Medicare, además de beneficios adicionales. Son iguales que los planes HMO, pero con mayor flexibilidad. Con un plan HMO-POS:

- Puede recibir servicios cubiertos de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que formen parte de la red de su plan.
- También puede recibir atención fuera de la red.
- A menudo, paga menos cuando usa la red de proveedores de su plan.
- Algunos planes HMO-POS le piden que elija un PCP. Este médico puede estar dentro o fuera de la red de su plan.

Los planes de **Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)** le ofrecen todos los beneficios de Original Medicare, además de beneficios adicionales. En la mayoría de los casos, los planes PPO:

- Tienen una red de médicos, otros profesionales del cuidado de la salud y centros.
- Le permiten recibir servicios cubiertos fuera de la red, generalmente por un costo mayor.

El **plan para personas con necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP)** es un tipo de plan Medicare Advantage que solo se encuentra disponible para personas que:

- Son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Viven en ciertas instituciones (como un hogar de ancianos) o requieren atención médica domiciliaria. O BIEN:
- Tienen enfermedades crónicas o discapacitantes específicas (como diabetes o insuficiencia cardíaca crónica).

Puede ser un plan HMO o un plan PPO. Si califica, puede inscribirse en un plan SNP en cualquier momento durante el Período de elección especial.



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

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

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

Medicare Parte D es un programa voluntario. Esto quiere decir que no está obligado a comprarlo cuando se inscriba en Medicare. Pero si decide adquirir un plan de la Parte D después de haberse inscrito en Medicare, es probable que pague un monto mayor todos los meses. A esto se le llama “multa por inscripción tardía”.

¿Dónde puedo obtener Medicare Parte D?

Medicare Parte D no es ofrecido por Medicare. Puede obtener Medicare Parte D de un plan Medicare Advantage. Esto se denomina Plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage, o MAPD. También puede obtener un plan que ofrezca Medicare Parte D solo. Esto se denomina Plan de medicamentos con receta, o PDP. EmblemHealth ofrece ambos planes.

¿Qué medicamentos están cubiertos por Medicare Parte D?

Todos los planes de Medicare Parte D tienen una lista de los medicamentos cubiertos. A esto se lo llama “farmacopea”. Las listas de medicamentos del plan incluirán tanto medicamentos de marca como genéricos, y los ordenarán en niveles o “categorías” según el costo. Mientras más bajo el nivel o categoría, más bajo será el costo del medicamento.

Las compañías que ofrecen Medicare Parte D quizás cubran distintos medicamentos o cobren distintos montos por ellos. Por eso, elija un plan que le ofrezca la mejor solución para sus necesidades particulares.

¿Cuánto cuesta un plan de Medicare Parte D?

Para obtener un plan, simplemente se inscribe y abona una cantidad mensual, o “prima”, en función del plan que elija. Algunos planes Medicare Advantage incluyen la Parte D sin costo adicional en la prima mensual del plan. Según el plan que tenga, también es posible que deba pagar deducibles y coseguros. Si necesita ayuda para pagar sus medicamentos, puede calificar para recibir “Ayuda Adicional”. Para obtener más detalles, consulte la página 10.

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

Su sindicato o grupo de jubilados debe enviarle todos los años un aviso que indique si su plan es “acreditable”. Eso significa que es al menos tan bueno como la cobertura de Medicare. Si su plan no es acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse en un plan de la Parte D. Consulte a su administrador de beneficios para asegurarse de comprender sus opciones.

¿Cuánto pagaré por medicamentos cubiertos?

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

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

Cuatro etapas de Medicare Parte D	Usted paga
Etapa de deducible anual	Usted paga el 100 % de los medicamentos cubiertos.
Etapa de cobertura inicial	Su plan pagará la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos cubiertos y usted pagará su parte. Los costos que usted paga se denominan copagos o coseguros.
Etapa de interrupción de cobertura (también conocida como “período sin cobertura”)	Usted paga una parte menor (25 %) de sus costos de medicamentos y su plan paga el resto.
Etapa de cobertura catastrófica	Usted paga solo una parte menor (típicamente el 5 %) de sus costos de medicamentos y su plan paga el resto.

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

Hay muchos programas que pueden ayudarlo a pagar Medicare:

Programas de ahorros de Medicare

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

Medicaid

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

¿En qué consiste la “Ayuda Adicional”?

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

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

Si obtiene Ayuda Adicional, lo que pagará por su plan y lo que pagará en la farmacia será menos. Incluso puede bajar sus gastos en primas y deducibles a \$0. Además, no tendrá interrupción de cobertura, no pagará multas por inscripción tardía y puede cambiar de plan en cualquier momento durante el Período de elección especial.

Si tiene alguna pregunta sobre alguno de estos programas o desea ver de qué forma puede obtener Ayuda Adicional, un especialista de EmblemHealth Medicare puede ayudarlo si lo desea.

RECURSOS ÚTILES

Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)

Llame a: **800-332-3742** TTY: **800-290-9138**

De lunes a viernes, de 8:30 am a 5 pm

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

Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) [Asesoramiento del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) de Nueva York]

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

Llame a: **800-701-0501** TTY: **711**

Sitio web: **aging.ny.gov**

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

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

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

Sitio web: **medicare.gov**

Administración del Seguro Social

Llame a: **800-772-1213** TTY: **800-325-0778**

De lunes a viernes, de 7 am a 7 pm

Sitio web: **ssa.gov**

CÓMO INSCRIBIRSE EN MEDICARE

¿Quién puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage?

Puede inscribirse en un plan si:

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

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

Inscripción a los 65 años

Si está por cumplir 65 años y está jubilado o listo para jubilarse, es probable que vaya a inscribirse en Medicare por primera vez.

Tiene un plazo limitado para inscribirse, que se denomina **Período de elección de cobertura inicial (Initial Coverage Election Period, ICEP)**. Este período cubre los tres meses anteriores al mes en que cumple 65 años y tres meses después. Durante estos siete meses, puede inscribirse en cualquier plan Medicare para el que sea elegible.

Para solicitar Medicare Parte A y Parte B, comuníquese con su oficina de Administración del Seguro Social (consulte la página 11).

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



Inscripción a una edad de jubilación posterior

Si tiene más de 65 años y continúa trabajando, es posible que no necesite inscribirse en Medicare de inmediato. Si trabaja para una empresa con 20 o más empleados que proporciona seguro de salud:

- No es necesario que se inscriba en Medicare de inmediato.
- Puede que desee inscribirse en Medicare Parte A de todas maneras. Este plan puede ayudarle a pagar algunos gastos no cubiertos por el plan del cuidado de la salud de su empresa.

Una vez que finalice su empleo:

- Tiene ocho meses para inscribirse en Medicare Parte B.
- Deberá elegir un plan durante los dos meses anteriores a que entre en vigencia su Medicare Parte B. Esto se denomina Período de elección especial.

Si su empresa tiene menos de 20 empleados:

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

¿Ya está inscrito en Medicare? Agregue planes o cambie de plan cuando tenga la mayor cantidad de opciones.

Si tiene más de 65 años y desea cambiarse a los planes Medicare, o si no se inscribió durante su Período de inscripción inicial (Initial Enrollment Period, IEP), solo puede cambiar de plan en determinados momentos del año.

PLAZO DE INSCRIPCIÓN EN MEDICARE ADVANTAGE

1.º DE OCT. – 14 DE OCT. Período de preinscripción

Sepa qué ofrecen los planes para el año siguiente.

15 DE OCT. – 7 DE DIC. Período de elección anual

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

1.º DE ENE. – 31 DE MAR. Período de inscripción abierta

Las personas que estén inscritas en un plan Medicare Advantage al 1.º de enero pueden hacer un cambio de plan. Puede realizar las siguientes tareas:

- Cambiar de plan Medicare Advantage.
- Cambiar de plan Medicare Advantage Parte D.
- Cambiar a Original Medicare (con o sin una Parte D independiente). O bien:
- Agregar o dar de baja un plan de medicamentos de la Parte D.

Si se inscribió en Original Medicare para el 1.º de enero, no podrá cambiar a un plan Medicare Advantage en este momento a menos que califique para una Elección especial. Deberá esperar hasta el siguiente Período de elección anual.

1.º DE ENE. – 30 DE DIC. Período de elección especial

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

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

Si no se inscribe la primera vez que es elegible, tendrá que esperar al siguiente Período de elección anual, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. También es posible que deba pagar un cargo por la Parte B, conocido como “multa por inscripción tardía”.



PLANES EMBLEMHEALTH VIP MEDICARE

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

Con base en más 80 años de experiencia, EmblemHealth ha diseñado excelentes planes Medicare acordes a las necesidades de los habitantes de Nueva York. Ofrecemos muchos planes VIP Medicare de bajo costo (algunos incluso a \$0) con un gran rango de beneficios. Y contamos con grandes redes de médicos, profesionales del cuidado de la salud y hospitales para darle la atención que necesita.

Planes “todo en uno”

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

Beneficios más allá de Medicare

Además de recibir todos sus beneficios médicos y de medicamentos a través de un solo plan, nuestros planes VIP Medicare incluyen beneficios adicionales que Original Medicare no cubre, como beneficios para la vista, para la audición, beneficios dentales integrales, audífonos y beneficios para acondicionamiento físico. Uno de nuestros planes cubre la atención que usted recibe fuera de la red. Y nuestros múltiples Planes de necesidades especiales también ofrecen acupuntura y un beneficio de medicamentos de venta libre.

Atención coordinada

Con todos nuestros planes VIP Medicare, queremos que sea fácil para usted recibir servicios médicos. Usted elige un médico habitual de nuestra red, su médico de atención primaria. Este médico lo derivará a especialistas y centros cuando usted lo necesite, y obtendrá la aprobación de los servicios. Esto hace que su atención sea más eficiente. Y usted no tendrá que preocuparse por encontrar especialistas. Con nuestro plan HMO-POS, su médico principal puede estar fuera de la red y no necesitará derivaciones.

Compare su plan Medicare actual con los planes EmblemHealth VIP. Más beneficios que los planes Original Medicare y Medicare Supplement. No se conforme con menos.

	Planes EmblemHealth VIP	Su plan
Prima de \$0 y de bajo costo	✓	
Copagos para cuidados preventivos de \$0	✓	
Copagos para servicios de laboratorio de \$0	✓	
Medicamentos genéricos preferidos a \$0 en farmacias preferidas	✓	
Visitas al médico de atención primaria de \$0	✓	
Servicios dentales integrales sin límite anual	✓	
Beneficios de audición preventiva y de audífonos	✓	
Hasta \$450 en anteojos	✓	
Red de médicos y hospitales de calidad	✓	
Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®	✓	

Los planes y beneficios varían por condado.



CONTROL FINAL

¿Entiendo los conceptos básicos? (páginas 2 a 7):

¿Qué tipo de cobertura necesito? (páginas 2 a 7, 14 a 15):

¿Qué tipo de plan es mejor para mí? (páginas 2 a 9, 14 a 15):

¿Puedo obtener un Plan de necesidades especiales? (páginas 7, 12 a 13):

¿Cuándo me puedo inscribir? (páginas 12 a 13):

¿Cómo solicito Ayuda Adicional? (página 10):

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

¿Tiene preguntas? ¿Está preparado para dar el siguiente paso? Nuestros expertos de EmblemHealth Medicare están listos para ayudarle.



EN PERSONA

Llame para programar una consulta individual con un experto de EmblemHealth Medicare.



POR TELÉFONO

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



EN NUESTRO SITIO WEB

emblemhealth.com/medicare

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

Nuestro sitio web le permite encontrar con facilidad el plan adecuado para usted a través de...



Buscador de planes fácil de usar



Calculadora de gastos de medicamentos con receta



Buscador rápido de médicos



Buscador de farmacias





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

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

Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes



emblemhealth.com/medicare

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 New York para HMO D-SNP. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth. Los planes varían según el condado. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de EmblemHealth, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso sobre la participación en los costos que se aplican a los servicios fuera de la red.

© 2019 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc es una marca registrada de Teladoc Health, Inc. y no se puede usar sin permiso escrito.

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