



EmblemHealth VIP Gold (HMO) es ofrecido por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/EmblemHealth

Aviso anual de cambios para 2021

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

- **Podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
-

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 1.5 y 2 para obtener información sobre los cambios de costos y beneficios de su plan.
- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para determinar si lo afectan.
 - ¿Cubrirá los medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con diferente participación en los costos?
 - ¿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 2021 y busque en la Sección 1.6 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 costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite 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 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

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

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que consume habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se compara el costo total de su plan 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 www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en el reverso de su manual *Medicare & You* (Medicare y usted).
- Lea la Sección 3.2 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. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si no se adhiere a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020 se quedará en EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- 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.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, deberá afiliarse a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se adhiere a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se quedará en EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- Si se adhiere a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará a regir el **1 de enero de 2021**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

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.
- También podemos proporcionar información en un formato que le resulte útil (información en letras grandes u otros formatos alternativos). 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 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

- 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.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa HIP/EmblemHealth. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Gold (HMO).

Resumen de costos importantes para 2021

La tabla a continuación compara los costos de 2020 y 2021 para EmblemHealth VIP Gold (HMO) 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*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser mayor o menor a este monto. (Para obtener más información, consulte la Sección 1.1).	\$95	\$96
Monto máximo de gastos de bolsillo 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 1.2).	\$6,700	\$7,550
Visitas al consultorio	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a un especialista: \$25 de copago por visita Necesita referido	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a un especialista: \$25 de copago por visita No necesita referido

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>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.</p>	<p>Días 1-7: \$290 de copago por día. \$0 de copago por día por cada día adicional; por cada internación.</p> <p>Días ilimitados</p> <p>Necesita autorización previa.</p>	<p>Días 1-7: \$290 de copago por día. \$0 de copago por día por cada día adicional; por cada internación.</p> <p>Días ilimitados</p> <p>Necesita autorización previa.</p>

Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

(Para obtener más información, consulte la Sección 1.6).

Deducible: **\$200**

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Nivel 1 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$3** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$0** por medicamento con receta.

Nivel 2 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$20** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$10** por medicamento con receta.

Nivel 3 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$47** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$40** por medicamento con receta.

Nivel 4 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$100** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$95** por medicamento con receta.

Nivel 5 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga el **29%** del costo total.
Participación en los costos preferida:
Usted paga el **29%** del costo total.

Deducible: **\$200**

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Nivel 1 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$7** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$2** por medicamento con receta.

Nivel 2 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$20** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$10** por medicamento con receta.

Nivel 3 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$47** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$40** por medicamento con receta.

Nivel 4 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$100** por medicamento con receta.
Participación en los costos preferida:
Usted paga **\$95** por medicamento con receta.

Nivel 5 de medicamentos:
Participación en los costos estándar:

Usted paga el **29%** del costo total.
Participación en los costos preferida:
Usted paga el **29%** del costo total.

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios del monto máximo de bolsillo.....	5
Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores.....	6
Sección 1.4 – Cambios de la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos.....	7
Sección 1.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	17
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Gold (HMO)	17
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	18
SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
SECCIÓN 6 Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta	19
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	20
Sección 7.1 – Obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO).....	20
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	21

SECCIÓN 1 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).	\$95	\$96

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D por quedarse sin otra cobertura de medicamentos con receta que sea equivalente a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si recibe un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *inferior* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 para información sobre la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – 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	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Monto máximo de costos de bolsillo Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) se consideran para calcular el monto máximo de costos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de medicamentos con receta no se consideran para calcular el monto máximo de costos de bolsillo.	\$6,700	\$7,550 Después de pagar gastos de bolsillo por \$7,550 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.

Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores

Se han producido cambios en la red de proveedores para el próximo año. 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. **Revise el Directorio de Proveedores de 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales) 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 recibe el manejo apropiado, usted tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar su atención.

Sección 1.4 – Cambios de la red de farmacias

Los montos que paga por medicamentos con 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 las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con participación en los costos preferida, que podrían ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación en los costos estándar de otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Para 2021 nuestra red ha cambiado más de lo normal. Encontrará un Directorio de Farmacias 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 Farmacias. **Le instamos enérgicamente que revise nuestro Directorio de Farmacias actual para ver si su farmacia sigue perteneciendo a nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios de los beneficios y los costos de servicios médicos

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, *Tabla de beneficios médicos (lo que cubre y lo que paga)* en su *Evidencia de Cobertura de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Acupuntura	Usted paga un copago de \$30 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$10 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.
	No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.	No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.
	Se necesita autorización previa después de la visita 12.	Se necesita autorización previa después de la visita 12.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Servicios para la audición	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de la audición de rutina cubierto cada año calendario.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por los exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la evaluación y el ajuste de los audífonos cada año calendario.</p> <p>Necesita referido</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de la audición de rutina cubierto cada año calendario.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por los exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la evaluación y el ajuste de los audífonos cada año calendario.</p> <p>No necesita referido</p>
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga el 10% del costo total de los medicamentos de la Parte B a domicilio.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los demás medicamentos de la Parte B surtidos en una farmacia de venta al detalle, farmacia de pedidos por correo, consultorio y centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B no están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Se necesita autorización previa para algunos medicamentos.</p>	<p>Usted paga el 10% del costo total de los medicamentos de la Parte B a domicilio.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los demás medicamentos de la Parte B surtidos en una farmacia de venta al detalle, farmacia de pedidos por correo, consultorio y centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>Se necesita autorización previa para algunos medicamentos.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Determinados servicios de Telehealth no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita individual de cuidado de la salud mental cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita individual de cuidado psiquiátrico cubierta por Medicare.</p> <p>(Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita personal o por medio de telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telehealth).</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>Necesita referido</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>No necesita referido</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita individual o de grupo cubierta por Medicare.</p> <p>Determinados servicios de Telehealth no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita individual o de grupo cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita individual de cuidado de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>(Usted tiene la opción de obtener este servicio a través de una visita personal o por medio de telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telehealth).</p>
<p>Servicios de médico/proveedor médico, incluidas las visitas al consultorio médico</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita al consultorio del especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Determinados servicios de Telehealth no están cubiertos.</p> <p>Necesita referido</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio del médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita al consultorio del especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita personal o por medio de telehealth con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telehealth.</p> <p>No necesita referido</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Servicios de podología	<p>Usted paga un copago de \$25 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de rutina suplementaria de podología (hasta 4 visitas de rutina por año calendario).</p> <p>Necesita referido</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de rutina suplementaria de podología (hasta 4 visitas de rutina por año calendario).</p> <p>No necesita referido</p>
Servicios para tratar la enfermedad renal	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Necesita referido</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>No necesita referido</p>
Atención de centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1-20 cubiertos por Medicare, un copago de \$178 por día durante los días 21-100 cubiertos por Medicare; por cada período de beneficios.</p> <p>Necesita autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1-20 cubiertos por Medicare, un copago de \$184 por día durante los días 21-100 cubiertos por Medicare; por cada período de beneficios.</p> <p>Necesita autorización previa.</p>

Sección 1.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con 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**

sus 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 (u otro 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.
- **Conversar con su médico (u otro 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. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporario y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el período cuando recibe un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporario. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Si tiene una excepción para la farmacopea actual de 2020, deberá presentar una nueva solicitud de excepción para 2021. Puede presentar su solicitud de excepción de la farmacopea para 2021 antes de dicho año y, si se aprueba, la excepción de la farmacopea estará vigente a partir de 2021.

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 (u otro 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 con receta

Nota: Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con 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 con receta” (también denominado “Anexo de subsidios por bajos ingresos” o “Anexo LIS”), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido esta hoja informativa al 30 de setiembre de 2020, llame a Servicio de Atención al Cliente y solicite el “Anexo LIS”.

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*, que encontrará en nuestro sitio web **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*).

Cambios de la etapa de deducibles

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especiales) hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga la participación en los costos estándar de \$3 y la participación en los costos preferida de \$0 para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos);</p> <p>\$20 de la participación en los costos estándar y \$10 de la participación en los costos preferida para los medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos);</p> <p>y el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especiales) hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga la participación en los costos estándar de \$7 y la participación en los costos preferida de \$2 para los medicamentos del Nivel 1 (nivel de medicamentos genéricos preferidos);</p> <p>\$20 de la participación en los costos estándar y \$10 de la participación en los costos preferida para los medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos);</p> <p>y el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Medicamentos especiales) hasta alcanzar el deducible anual.</p>

Cambios de la participación en los costos en la etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
--------------	------------------------	------------------------------

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Después de pagar el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**

Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.

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 *Evidencia de Cobertura*.

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.

Su costo de suministro de un mes en una farmacia de la red:
Nivel 1 (Genérico preferido):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$3** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$0** por medicamento con receta.

Nivel 2 (Genérico):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$20** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$10** por medicamento con receta.

Nivel 3 (Marca preferida):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$47** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$40** por medicamento con receta.

Nivel 4 (Medicamento no preferido):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$100** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$95** por medicamento con receta.

Nivel 5 (Medicamentos especiales):

Participación en los costos estándar:

Usted paga el **29%** del costo total.

Participación en los costos preferida:

Usted paga el **29%** del costo total.

Después de que el costo total de sus medicamentos haya

Su costo de suministro de un mes en una farmacia de la red:
Nivel 1 (Genérico preferido):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$7** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$2** por medicamento con receta.

Nivel 2 (Genérico):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$20** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$10** por medicamento con receta.

Nivel 3 (Marca preferida):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$47** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$40** por medicamento con receta.

Nivel 4 (Medicamento no preferido):

Participación en los costos estándar:

Usted paga **\$100** por medicamento con receta.

Participación en los costos preferida:

Usted paga **\$95** por medicamento con receta.

Nivel 5 (Medicamentos especiales):

Participación en los costos estándar:

Usted paga el **29%** del costo total.

Participación en los costos preferida:

Usted paga el **29%** del costo total.

Después de que el costo total de sus medicamentos haya

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
	alcanzado \$3,785 , pasará a la siguiente etapa, la Etapa de interrupción de cobertura.	alcanzado \$3,885 , pasará a la siguiente etapa, la Etapa de interrupción de cobertura.

Cambios de las etapas Interrupción de cobertura y Cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura, la etapa Interrupción de cobertura y Cobertura catastrófica, corresponden a personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la 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*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Red de proveedores	Red de proveedores médicos Usted tiene acceso a los proveedores de la red EmblemHealth VIP Prime y puede obtener la mayoría de los servicios de los proveedores de la red ConnectiCare Choice en Connecticut .	Red de proveedores médicos Usted tiene acceso a los proveedores de la red EmblemHealth VIP Bold y puede obtener la mayoría de los servicios de los proveedores de la red ConnectiCare Choice en Connecticut .

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Gold (HMO)

No deberá hacer nada más para quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito en EmblemHealth VIP Gold (HMO).

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año; sin embargo, si desea cambiarse para 2021, deberá seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga información y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente en el momento adecuado,
- *O--* Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se unirá a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 relacionada con una posible penalidad por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021), llame a su Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que HIP/EmblemHealth ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes podrán tener diferencias de cobertura, primas anuales y montos de participación en los costos.

Paso 2: Cambio de su cobertura

- Para cambiar a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se desafiliará automáticamente de EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se desafiliará automáticamente de EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, deberá:
 - Envíenos una solicitud por escrito para desafiliarse. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 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**.

SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, podrá hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿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. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 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 con receta) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (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 su sitio web en www.aging.ny.gov.

SECCIÓN 6 Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si califica, Medicare podrá pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluso primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro.

Además, las personas que califican no tendrán una interrupción de cobertura ni recibirán una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame al:

- 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 del 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 con receta en función de su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte al Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
 - **Asistencia para la participación en los costos de medicamentos con 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 con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con la participación en los costos para medicamentos con receta mediante los Programas 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 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudar. Llame a Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364**. (Solo TTY, llame al **711**). Recibimos llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2021* (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 2021. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2021* para EmblemHealth VIP Gold (HMO). 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 con 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 7.2 – 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 (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 www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021*

Puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021). Este folleto se envía a los afiliados a Medicare en el 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 (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.

86-100622-21SP