

## Resumen de Beneficios 2021

# EmblemHealth VIP Go (HMO-POS)

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

### ¿Quiénes pueden inscribirse?

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

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de **Nueva York**: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Suffolk, y **región capital**: Albany, Broome, Columbia, Delaware, Greene, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Warren y Washington, y **Hudson Valley**: Dutchess, Orange, Rockland, Putnam, Sullivan, Ulster y Westchester.

Este plan no requiere referidos y provee participación en los costos dentro de la red y fuera de la red para servicios seleccionados.

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

**El plan EmblemHealth VIP Go (HMO-POS)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Para algunos servicios, puede utilizar proveedores que están inscritos en Medicare, que no figuran en nuestra red. Este plan utiliza la red VIP Bold. 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.

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

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

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

### Cómo comunicarse con nosotros

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

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



## EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)

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

CONDADOS	Su nivel de Ayuda Adicional				
	0 % (prima total)	25 %	50 %	75 %	100%
Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Región capital, Hudson Valley	\$72	\$61.40	\$50.90	\$40.30	\$29.70
Suffolk	\$144	\$133.40	\$122.90	\$112.30	\$101.70

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

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red

#### **Deducible**

(El importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar).

Este plan tiene un deducible de \$500 para servicios médicos cubiertos seleccionados\*.

Los servicios incluyen:

- Atención de emergencia en todo el mundo
- Ambulancia terrestre en todo el mundo
- Cobertura urgente en todo el mundo
- Hospitalización parcial
- Terapia Ocupacional
- Fisioterapia y terapia del habla
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico
- Radiología de diagnóstico y terapéutica
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de observación para pacientes ambulatorios
- Centros de cirugía ambulatoria
- Servicios de sangre de pacientes ambulatorios
- Ambulancia terrestre y aérea
- Servicios de diálisis

#### **Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo**

(El importe máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de que usted gaste este importe para los deducibles y su parte de los costos [copagos, coseguro], su plan de salud paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos.

Esto no incluye su prima ni los costos de los medicamentos con receta).

Sí. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege fijando límites anuales sobre sus gastos de bolsillo, que es lo que usted paga por los servicios de salud, para la atención médica y hospitalaria.

\$7,550 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de la salud dentro de la red;  
\$11,300 para los servicios combinados dentro y fuera de la red.

Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.

Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios se aplican.

\*Se aplican deducibles médicos.

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura de atención hospitalaria de paciente hospitalizado</b> (puede requerir aprobación)	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para estadías hospitalarias de pacientes ingresados.  Usted paga \$360 por día del día 1 al día 5 Usted paga \$0 por día del día 6 al día 90 Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para estadías hospitalarias de pacientes ingresados.  Usted paga \$565 por día del día 1 al día 5 Usted paga \$0 por día del día 6 al día 90 Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante
<b>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ambulatorio</b> (puede requerir aprobación)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de cirugía ambulatoria:</li> </ul>	Usted paga \$225*	Usted paga \$495*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación en el hospital:</li> </ul>	Usted paga \$340*	Usted paga \$545*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de pacientes ambulatorios:</li> </ul>	Usted paga \$360*	Usted paga \$565*
<b>Visitas al médico</b> (en consultorio/virtual)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de atención primaria:</li> </ul>	Usted paga \$10 Usted paga \$0 por examen físico anual	Usted paga \$30 Usted paga \$0 por examen físico anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas:</li> </ul>	Usted paga \$45	Usted paga \$65
<b>Atención preventiva</b> (servicios que lo mantienen saludable)	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prueba de densidad ósea</li> <li>– Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>– Examen de chequeo cardiovascular</li> <li>– Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>– Examen de detección de depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prueba de densidad ósea</li> <li>– Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>– Examen de chequeo cardiovascular</li> <li>– Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>– Examen de detección de depresión</li> </ul>

\*Se aplican deducibles médicos.

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Atención preventiva (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exámenes de detección de la diabetes y orientación.</li> <li>– Examen de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>– Vacunas, incluidas vacunas contra el flu, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas</li> <li>– Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez)</li> <li>– Visita de “bienestar” anual</li> </ul> <p>Y todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exámenes de detección de la diabetes y orientación.</li> <li>– Examen de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>– Vacunas, incluidas vacunas contra el flu, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas</li> <li>– Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez)</li> <li>– Visita de “bienestar” anual</li> </ul> <p>Y todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Usted paga \$90</p> <p>Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia. Vea los demás costos en la sección “Cobertura de atención hospitalaria de paciente ingresado” de este folleto.</p>	<p>Usted paga \$90</p> <p>Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia. Vea los demás costos en la sección “Atención hospitalaria de paciente ingresado” de este folleto.</p>
<b>Servicios urgentemente necesarios</b>	<p>Usted paga \$50</p>	<p>Usted paga \$50</p>
<p><b>Imágenes/Análisis de laboratorio/ Servicios diagnósticos</b></p> <p>(Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computadas):</li> <li>• Servicios de laboratorio:</li> <li>• Análisis de diagnóstico y procedimientos:</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios:</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radiación para el cáncer):</li> </ul>	<p>Usted paga el 20 % del costo*</p> <p>Usted paga \$0 o \$15</p> <p>Usted paga \$0 o \$45*</p> <p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga el 20 % del costo*</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo*</p> <p>Usted paga \$0 o \$15</p> <p>Usted paga \$0 o \$45*</p> <p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga el 20 % del costo*</p>

\*Se aplican deducibles médicos.

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</li> <li>Examen auditivo de rutina (hasta uno por año):</li> <li>Evaluación/adaptación de audífonos (hasta una por año):</li> <li>Audífonos:</li> </ul>	<p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga \$10</p> <p>Usted paga \$10</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$1,800 cada tres años para audífonos.</p>	Sin cobertura
<b>Servicios dentales</b> <b>Sin límite de dólares al año</b> Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes): Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Limpieza (hasta una cada seis meses):</li> <li>Radiografía(s) bucal(es) (hasta una cada seis meses):</li> <li>Tratamiento con fluoruro (hasta uno cada seis meses):</li> <li>Examen bucal (hasta uno cada seis meses):</li> </ul> Servicios dentales integrales: (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios reconstructivos:</li> <li>Endodoncia:</li> <li>Periodoncia:</li> <li>Extracciones:</li> <li>Prostodoncia, otra cirugía bucal/ maxilofacial, otros servicios:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0 - \$125</p> <p>Usted paga \$0 - \$20</p> <p>Usted paga \$0 - \$150</p> <p>Usted paga \$0 - \$50</p> <p>Usted paga \$0 - \$150</p>	Sin cobertura
<b>Servicios de la visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido el examen anual de glaucoma):</li> </ul>	<p>Usted paga \$40</p>	Sin cobertura

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Servicios de la visión (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen ocular de rutina (hasta uno por año):</li> </ul> <p>Accesorios para la vista de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto:</li> <li>Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</li> </ul>	<p>Usted paga \$10</p> <p>Usted paga \$0 Un par cada año hasta \$240 de límite del plan por año</p> <p>Usted paga \$40</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b> (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de paciente ingresado:</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios:</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en consultorio/virtual)</li> </ul>	<p>Usted paga \$1,871 por el período de internación/beneficio</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por estadía de salud mental del paciente ingresado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida" siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Usted paga \$40</p> <p>Usted paga \$40</p>	<p>Sin cobertura</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (puede requerir aprobación)	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.  Usted paga \$0 por día del día 1 al día 20  Usted paga \$184 por día del día 21 al día 100	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.  Usted paga \$0 por día del día 1 al día 20  Usted paga \$184 por día del día 21 al día 100
<b>Fisioterapia</b> (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:</li> </ul>	Usted paga \$40*	Usted paga \$40*
<b>Ambulancia</b> (puede requerir aprobación; no se exime si es admitido) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terrestre:</li> <li>• Aérea:</li> </ul>	Usted paga \$250*  Usted paga el 20 % del costo*	Usted paga \$250*  Usted paga el 20 % del costo*
<b>Transporte</b>	Sin cobertura	Sin cobertura

\*Se aplican deducibles médicos.



# Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Go (HMO-POS)

## MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B: (puede requerir aprobación)

Usted paga el 10 % del costo en el domicilio y el 20 % del costo en una farmacia de venta al detalle, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro de pacientes ambulatorios. Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.

## MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

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

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la categoría en el que se encuentre su medicamento y en qué etapa del beneficio usted se encuentre. Hay cuatro etapas en su cobertura de medicamentos con receta Parte D.

### Cuatro etapas de la cobertura de medicamentos

#### Deducible

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

No hay deducible para los medicamentos de la categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos) y de la categoría 2 (genéricos).

Se aplica un deducible de **\$250** para los medicamentos de la categoría 3 (de marca preferidos), de la categoría 4 (no preferidos) y de la categoría 5 (especialidad).

#### Cobertura inicial

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

En esta etapa, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de los medicamentos, incluido el deducible, alcancen **\$3,935**. Los costos totales de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan lo ayudarán a alcanzar la interrupción de cobertura.

#### Costo compartido minorista

Categoría	EmblemHealth VIP GO (HMO-POS)				
	Deducible	Cobertura inicial de \$0 a \$3,935 para un suministro para 30 días		Interrupción de cobertura superior a \$3,935	Cobertura contra catástrofes superior a \$6,550
	Usted paga	Preferidos	Estándar	Usted paga	Usted paga
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$7	25 %	5 % o \$3.70
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$15	\$20	25 %	5 % o \$3.70
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$250	\$42	\$47	25 %	5 % o \$9.20
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$250	\$95	\$100	25 %	5 % o \$3.70 para medicamentos genéricos/preferidos de diversos laboratorios 5 % o \$9.20 por todos los demás medicamentos
Categoría 5: Especialidad	\$250	28 %	28 %	25 %	5 % o \$3.70 para medicamentos genéricos/preferidos de diversos laboratorios 5 % o \$9.20 por todos los demás medicamentos

# Medicamentos con receta para los beneficios de medicamentos de EmblemHealth VIP Go (HMO-POS)

## Participación en los costos de pedidos por correo

Categoría	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)		
	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$3,935	
<b>Suministro mensual</b>	<b>Usted paga</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$15	\$38
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$250	\$42	\$126
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$250	\$95	\$285
Categoría 5: Especialidad	\$250	28 %	N/A

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

### Interrupción de cobertura

La interrupción de cobertura (que también se llama “período sin cobertura”) comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (junto con lo que paga nuestro plan y lo que paga usted) alcanza los **\$3,935**.

Mientras se encuentre en la interrupción de cobertura en 2021, usted pagará el 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca y/o para los medicamentos genéricos. Los costos que usted paga y los pagos con descuento del fabricante para los medicamentos de marca cuentan un 70 % para sus gastos de bolsillo reales y lo ayudan a salir del período de interrupción de cobertura. **No todos alcanzan un período de interrupción de cobertura.**

### Cobertura contra catástrofes

Después de que los gastos de bolsillo reales anuales de los medicamentos alcancen los **\$6,550**, su participación en los costos será el importe mayor de **\$3.70** o el **5%** para medicamentos genéricos o medicamentos preferidos de diversos laboratorios, y de **\$9.20** o el **5%** para todos los demás medicamentos.

### Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta

#### Ayuda Adicional

Ayuda Adicional es un programa de Medicare gratuito conocido como Subsidio por bajos ingresos (LIS). Ayuda a las personas de ingresos y recursos bajos o limitados a pagar los costos del plan de medicamentos de Medicare Parte D.

#### ¿Qué obtiene con la Ayuda Adicional?

- Pago del 75 % o más de los costos de sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la prima mensual de sus medicamentos con receta (**la cantidad que usted paga cada mes**).
- Pago de su deducible anual (**la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar**).
- Pago de gastos de coseguro (**el porcentaje que usted paga por sus medicamentos con receta**).
- Sin interrupción de cobertura.

#### Califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Obtiene ayuda a través del programa Medicaid estatal 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).

#### Muchas otras personas con ingresos bajos o limitados también califican para recibir Ayuda Adicional y no lo saben.

Puede solicitar estos programas sin costo. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**). También puede hacer su solicitud en línea en [ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/](https://ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/).

## Beneficios adicionales

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Acupuntura</b> (puede requerir aprobación)	Usted paga \$10 por hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).	Sin cobertura
<b>Atención quiropráctica</b> (puede requerir aprobación)  Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna están fuera de lugar):	Usted paga \$10	Usted paga \$10
<b>Atención de podología</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o reúne algunas afecciones:</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies (hasta cuatro visitas por año):</li> </ul>	Usted paga \$40  Usted paga \$40  El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.	Usted paga \$40  Usted paga \$40  El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.
<b>Cuidado de la salud en el hogar</b> (puede requerir aprobación)	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Hospicio</b>	Usted paga \$0 por atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Usted puede tener que pagar parte del costo de los medicamentos y parte del cuidado de hospicio. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.	
<b>Suministros de equipos médicos</b>  Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.; puede requerir aprobación):  Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.; pueden requerir aprobación):	Usted paga 20 % del costo  Usted paga 20 % del costo  Usted paga 20 % del costo	Usted paga 20 % del costo  Usted paga 20 % del costo  Usted paga 20 % del costo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos protésicos:</li> <li>• Suministros médicos relacionados:</li> </ul>	Usted paga 20 % del costo  Usted paga 20 % del costo	Usted paga 20 % del costo  Usted paga 20 % del costo

## Beneficios adicionales (continuación)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GO (HMO-POS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Suministros de equipos médicos (continuación)</b> Servicios y suministros para la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de la diabetes:</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes:</li> <li>• Plantillas o zapatos terapéuticos:</li> </ul>	Usted paga \$0  Usted paga \$0  Usted paga \$0	Usted paga \$0  Usted paga \$0  Usted paga \$0
<b>Diálisis renal</b>	Usted paga el 20 % del costo*	Usted paga el 20 % del costo*
<b>Programas de bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acondicionamiento físico:</li> <li>• Línea directa:</li> <li>• Teladoc®:</li> </ul>	SilverSneakers®  Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas  Usted paga \$45	Sin cobertura  Sin cobertura  Sin cobertura
<b>Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios</b> (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de terapia grupal:</li> <li>• Visita de terapia individual: (en consultorio/virtual)</li> </ul>	Usted paga \$40  Usted paga \$40	Sin cobertura  Sin cobertura
<b>Cobertura urgente y de emergencia en todo el mundo</b> *Se aplican deducibles médicos.	Usted paga \$90*  Usted paga \$0 si ingresa en un día	Usted paga \$90*  Usted paga \$0 si ingresa en un día

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un Acuerdo de Coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth. Para obtener más información, comuníquese con el plan. 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.

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

© 2020 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc es una marca comercial registrada de Teladoc Health, Inc. y no se puede usar sin permiso escrito.

# Lista de control para la preinscripción de 2021

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

## Información sobre los beneficios

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

## Información sobre reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- Nuestro plan permite que usted visite proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagamos por servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor deberá aceptar atenderlo. Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, el proveedor no contratado puede denegar la atención. Además, usted pagará copagos más altos por los servicios que reciba de un proveedor no contratado.