

## Resumen de Beneficios 2021

# EmblemHealth VIP Rx (PDP) y EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)

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

### ¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en **EmblemHealth VIP Rx (PDP)** o en **EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio es el estado de Nueva York.

### ¿Qué medicamentos están cubiertos?

Por lo general, cubriremos los medicamentos que se encuentran incluidos en nuestra farmacopea (lista de medicamentos con receta Parte D cubiertos), siempre que el medicamento sea medicamento necesario, el medicamento con receta se surta en una farmacia de la red de EmblemHealth y se respete cualquier otra regla del plan.

Puede consultar la farmacopea completa 2021 para nuestros planes y cualquier restricción en línea en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

### ¿Qué farmacias puedo utilizar?

Tenemos una red de farmacias (estándares y preferidas) y, por lo general, usted debe utilizar estas farmacias para surtir sus medicamentos con receta Parte D cubiertos. Si utiliza una farmacia fuera de la red, es posible que el plan no pague estos medicamentos y que usted pague más de lo que pagaría en una farmacia dentro 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.

Para saber si su farmacia está dentro de nuestra red, consulte en línea en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

### 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” (Evidence of Coverage, 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 en Internet, en [medicare.gov](http://medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días a la semana. Si es usuario de TTY, llame al 877-486-2048. Si desea comparar nuestro plan con otros planes Medicare Advantage que ofrecemos, puede visitarnos en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).



## PRIMA MENSUAL DEL PLAN (el importe que paga mensualmente por su seguro)

EmblemHealth VIP Rx (PDP) y EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)					
Planes	Su nivel de Ayuda Adicional				
	0% (prima total)	25 %	50 %	75 %	100 %
EmblemHealth VIP Rx (PDP)	\$49.30	\$38.70	\$28.20	\$17.60	\$7.00
EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)	\$72.50	\$61.90	\$51.40	\$40.80	\$30.20

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

## Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Rx (PDP) y EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)

### EmblemHealth VIP Rx (PDP)

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.

#### Cuatro etapas de la cobertura de medicamentos

##### Deducible

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

Se aplica un deducible de **\$445** para los medicamentos de la categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos), de la categoría 2 (medicamentos genéricos), de la categoría 3 (medicamentos de marca preferidos), de la categoría 4 (medicamentos no preferidos) y de la categoría 5 (medicamentos especiales).

##### 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 **\$4,130**. 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 Rx (PDP)				
	Deducible	Cobertura inicial de \$0 a \$4,130 para un suministro para 30 días		Interrupción de cobertura superior a \$4,130	Cobertura contra catástrofes* superior a \$6,550
	Usted paga	Medicamentos preferidos	Estándar	Usted paga	Usted paga
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$445	\$2	\$7	25 %	5 % o \$3.70
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$445	\$12	\$17	25 %	5 % o \$3.70
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$445	\$40	\$45	25 %	5 % o \$9.20
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$445	33 %	33 %	25 %	5 %, \$3.70, o \$9.20
Categoría 5: Especialidad	\$445	25 %	25 %	25 %	5 %, \$3.70, o \$9.20

## Participación en los costos de pedidos por correo

Categoría	EmblemHealth VIP Rx (PDP)		
	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,130	
Suministro mensual	Usted paga	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$445	\$0	\$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$445	\$12	\$30
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$445	\$40	\$120
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$445	33 %	33 %
Categoría 5: Especialidad	\$445	25 %	N/A

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, 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 los gastos totales anuales de los medicamentos (junto con lo que paga nuestro plan y lo que paga usted) alcanzan los **\$4,130**.

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

## Cobertura contra catástrofes

Después de que el gasto de bolsillo real anual de los medicamentos alcance 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 múltiples fuentes, y de **\$9.20** o el **5 %** para todos los demás medicamentos.

# Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Rx (PDP) y EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)

## EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)

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 debe pagar antes de que su plan pague por los servicios cubiertos.

No hay deducible para los medicamentos de la categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos), la categoría 2 (genéricos) y la categoría 3 (medicamentos de marca preferidos). Se aplica un deducible de \$285 para los medicamentos de la categoría 4 (medicamentos no preferidos) y de la categoría 5 (medicamentos especiales).

#### 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 **\$3,970**. 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 Rx Plus (PDP)				
	Deducible	Cobertura inicial de \$0 a \$3,970, para un suministro para 30 días		Interrupción de cobertura superior a \$3,970	Cobertura contra catástrofes superior a \$6,550
	Usted paga	Medicamentos preferidos	Estándar	Usted paga	Usted paga
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$5	25 %	5 % o \$3.70
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$15	25 %	5 % o \$3.70
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$0	\$35	\$47	25 %	5 % o \$9.20
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$285	\$95	\$100	25 %	5 %, \$3.70, o \$9.20
Categoría 5: Especialidad	\$285	28 %	28 %	25 %	5 %, \$3.70, o \$9.20

## Participación en los costos de pedidos por correo

Categoría	EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)		
	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$3,970	
Suministro mensual	Usted paga	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$0
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos	\$0	\$35	\$105
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$285	\$95	\$285
Categoría 5: Especialidad	\$285	28 %	N/A

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, 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 los gastos totales anuales de los medicamentos (junto con lo que paga nuestro plan y lo que paga usted) alcanzan los **\$3,970**.

Mientras se encuentre en la interrupción de cobertura en 2021, usted pagará el 25 % del precio de los medicamentos de marca y/o los medicamentos genéricos. Los costos que usted pague 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 el gasto de bolsillo real anual de los medicamentos alcance 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). El mismo ayuda a las personas de ingresos y recursos bajos o limitados a pagar los costos del plan de medicamentos 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 paga cada mes**).
- Pago de su deducible anual (**la cantidad que paga antes de que su plan comience a pagar**).
- Pago de gastos de coseguro (**el porcentaje que 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/).

EmblemHealth Medicare PDP es un plan de medicamentos con receta (Prescription Drug Plan, PDP) con un contrato de Medicare. La inscripción en EmblemHealth Medicare PDP depende de la renovación del contrato.

# 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 **877-444-7241** (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://emblemhealth.com/medicare) o llame al **877-444-7241** (TTY: **711**) para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- 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.