

Resumen de Beneficios 2021

EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)

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

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)**, debe calificar para adherirse a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y en Medicaid del estado de Nueva York 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.

Para inscribirse en este plan de necesidades especiales, también debe estar inscrito en uno de estos programas de Medicaid:

- **Beneficio completo de doble elegibilidad (full benefit dual eligible, FBDE):** Beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (qualified Medicare beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiario calificado de Medicare con beneficios adicionales (Qualified Medicare Beneficiary – Plus, QMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos), más los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos (specified low-income Medicare beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos con beneficios adicionales (Specified Low-Income Medicare Beneficiary – Plus, SLMB-Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B, más los beneficios completos de Medicaid.
- **Persona calificada (qualified individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B para las personas que tienen la Parte A.
- **Persona discapacitada calificada con actividad laboral (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Este plan no requiere un referido.

¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, el plan no pagará por dichos servicios.

Cuando se inscriba en el plan **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)**, usted deberá elegir un médico de atención primaria de la red VIP Bold. Si no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno. Podrá elegir un médico de atención primaria distinto dentro de la red, en cualquier momento. Esta red también incluye proveedores médicos adicionales, como especialistas, laboratorios y hospitales.

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**. 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.

Puede consultar el directorio de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web en **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” (Evidence of Coverage, EOC). También puede ver la Evidencia de Cobertura en línea en **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** 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**.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p>Prima mensual del plan (El importe que usted paga mensualmente por su seguro).</p>	<p>Usted paga \$0 hasta \$42.30 (según su nivel de Ayuda Adicional)</p> <p>Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.</p>
<p>Deducible (El importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar).</p>	<p>Este plan tiene un deducible de \$0 o \$295 para determinados servicios médicos cubiertos.</p> <p>Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud cardíaca, cardíaca intensiva y pulmonar • Hospitalización parcial • Terapia quiropráctica y ocupacional • Especialista • Salud mental • Podología • Telehealth • Fisioterapia y terapia del habla • Procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio • Radiología de diagnóstico y terapéutica • Radiografías • Hospital de pacientes ambulatorios y servicios de observación • Centros quirúrgicos ambulatorios • Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios • Ambulancia terrestre y aérea • Servicios de diálisis • Ejercicio terapéutico supervisado • Tratamiento por opioides • Otros servicios de atención médica • Servicios psiquiátricos
<p>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (El importe máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de usar 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.</p> <p>Esto no incluye su prima ni los costos de los medicamentos con receta).</p>	<p>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.</p> <p>\$7,550 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de la salud dentro de la red.</p> <p>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.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios se aplican.</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ingresado (puede requerir aprobación)</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para estadias hospitalarias de pacientes ingresados.</p> <p>Usted paga \$0 o \$310 por día del día 1 a 6 Usted paga \$0 por día del día 7 al día 90 Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante</p>
<p>Cobertura de atención hospitalaria de paciente ambulatorio (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia: • Observación en el hospital: • Hospital de pacientes ambulatorios: 	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$195 Usted paga un copago de \$0 o \$295 Usted paga un copago de \$0 o \$295</p>
<p>Visitas al médico (en el consultorio/virtual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria: • Especialistas: 	<p>Usted paga \$0 Usted paga \$0 por el examen físico anual Usted paga un copago de \$0 o \$25</p>
<p>Atención preventiva (Servicios que lo mantienen saludable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: 	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prueba de densidad ósea – Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) – Examen de chequeo cardiovascular – Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) – Examen de detección de depresión – Examen de detección de diabetes – Examen de detección de cáncer de próstata – Vacunas, incluidas vacunas contra el flu, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas – Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) – Visita de “bienestar” anual <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el contrato tendrán cobertura.</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$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>
Servicios urgentemente necesarios	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$30</p>
Imágenes/Análisis de laboratorio/ Servicios diagnósticos (Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Pueden requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computadas): • Servicios de laboratorio: • Análisis de diagnóstico y procedimientos: • Radiografías para pacientes ambulatorios: • Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radiación para el cáncer): 	<p>Usted paga un copago de \$0 o 20 %</p> <p>Usted paga un copago de \$0 o \$15</p> <p>Usted paga un copago de \$0 o \$15</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: • Examen auditivo de rutina (hasta uno por año): • Evaluación/adaptación de audífonos (hasta una por año): • Audífonos: 	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$40</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$350 por año para audífonos.</p>
Servicios dentales 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"> • Limpieza (hasta una cada seis meses): • Radiografía(s) bucal(es) (hasta una cada seis meses): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (puede requerir aprobación)</p>	<p>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 \$0 o \$184 por día del día 21 al día 100.</p>
<p>Fisioterapia (puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: 	<p>Usted paga \$0 o \$40</p>
<p>Ambulancia (puede requerir aprobación; no se exime si es admitido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: • Aérea: 	<p>Usted paga \$0 o \$225 Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura</p>

Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

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

Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %. Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

Como miembro de **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)**, es automáticamente inscrito en Medicare Parte D. Debe tener cobertura de Medicare y Medicaid para inscribirse en este plan. Debido a que usted tiene cobertura de Medicaid, califica automáticamente para obtener “Ayuda Adicional”.

Esto significa que recibirá ayuda para pagar su prima de Medicare Parte D (el importe que paga todos los meses por su seguro), el deducible anual (el importe que paga antes de que su plan comience a pagar), y los copagos de medicamentos con receta (el importe que paga por un medicamento), según corresponda.

Cuánto paga depende de la etapa del beneficio en la que se encuentre.

Deducible

El deducible es el importe que usted debe pagar antes de que su plan pague por los servicios cubiertos.

La mayoría de los miembros con Medicaid no tendrán ningún deducible debido a que califican para la totalidad de la Ayuda Adicional. Según su nivel de la Ayuda Adicional, algunos miembros podrían pagar un deducible anual de hasta \$92 para medicamentos con receta y algunos pequeños copagos (el importe que paga por los medicamentos) o coseguros (el porcentaje que paga por los medicamentos) cuando surte sus medicamentos con receta en farmacias que tienen contrato con EmblemHealth.

Cobertura inicial

Después de alcanzar su deducible, pasará a una etapa de cobertura inicial. En esta etapa, usted y el plan comparten algunos de los costos de los medicamentos cubiertos. Usted paga copagos y/o coseguros para medicamentos cubiertos hasta que sus gastos totales de medicamentos superen los \$4,130 en 2021. Los costos totales de medicamentos incluyen lo que haya pagado más lo que EmblemHealth haya pagado desde el inicio del año.

Interrupción de cobertura (también conocida como “período sin cobertura”)

Usted paga copagos y/o coseguros para medicamentos cubiertos hasta que sus gastos de bolsillo reales anuales superen los \$6,550 en 2021. Los gastos de bolsillo reales anuales incluyen los costos que haya pagado más el descuento del fabricante del medicamento de marca. Esta etapa no se aplica a usted cuando tiene Ayuda Adicional.

El importe que usted paga depende del nivel de la Ayuda Adicional que recibe. Consulte su cláusula de subsidio por bajos ingresos (LIS) para obtener más información sobre lo que usted paga.

Según su nivel de Ayuda Adicional, usted paga los siguientes costos compartidos para los medicamentos con receta en una farmacia de venta al detalle o a través de pedidos por correo:

COSTOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA POR CATEGORÍA DE SUBSIDIO POR BAJOS INGRESOS (LIS)			
CATEGORÍA LIS (Nivel del subsidio)	COSTOS DE BOLSILLO A TRAVÉS DE LA INTERRUPCIÓN DE COBERTURA Genéricos/De marca	ETAPA CATASTRÓFICA Genéricos/De marca	PRIMA (El importe que paga mensualmente por su seguro)
Sin Ayuda Adicional o subsidio	Deducible de \$445 y coseguro de 25 %	Usted paga \$3.70/\$9.20 o el 5 % del costo, lo que sea mayor.	\$42.30
Categoría 1 (100 %)	\$3.70/\$9.20	\$0	\$0
Categoría 2 (100 %)	\$1.30/\$4.00	\$0	\$0
Categoría 3 (100 %)	\$0 (institucional)	\$0	\$0
Categoría 4 (100 %)	\$92 de deducible y 15 % del costo	Usted paga \$3.70/\$9.20 o el 5 % del costo, lo que sea mayor.	\$0
Categoría 4 (75 %)	\$92 de deducible y 15 % del costo	Usted paga \$3.70/\$9.20 o el 5 % del costo, lo que sea mayor.	\$10.60
Categoría 4 (50 %)	\$92 de deducible y 15 % del costo	Usted paga \$3.70/\$9.20 o el 5 % del costo, lo que sea mayor.	\$21.20
Categoría 4 (25 %)	\$92 de deducible y 15 % del costo	Usted paga \$3.70/\$9.20 o el 5 % del costo, lo que sea mayor.	\$31.70

SUMINISTRO PARA 30 DÍAS

Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca
Usted paga \$0, \$1.30 o \$4.00, o el 15 % del costo.	Usted paga \$0, \$3.70 o \$9.20, o el 15 % del costo.

Su Evidencia de Cobertura (EOC) incluye más información sobre lo que cubre su plan para medicamentos con receta.

Cobertura contra catástrofes

Después de que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia de venta al detalle y de la farmacia de entrega a domicilio) alcancen **\$6,550** según su nivel de Ayuda Adicional, pagará \$0 por todos los medicamentos o \$3.70 por medicamentos genéricos y de marca que son de múltiples fuentes, o \$9.20 para todos los demás.

Si tiene preguntas, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura (EOC)”. También puede ver la Evidencia de Cobertura en línea en **emblemhealth.com/medicare**.

Cómo calificar para obtener “Ayuda Adicional”, subsidio por bajos ingresos (LIS)

Si usted califica para obtener Ayuda Adicional con los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, el importe mensual que pague por el seguro y los costos de farmacia serán más bajos.

El importe de la Ayuda Adicional, el nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS), decidirá el importe que pagará mensualmente por el seguro como miembro de nuestro plan.

Para obtener información sobre la Ayuda Adicional, llame a:

- EmblemHealth 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.
- Seguro Social al **800-772-1213 (TTY: 800-325-0778)**, de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm. O bien, visite **ssa.gov**. El Seguro Social también puede proporcionarle una solicitud.

Beneficios adicionales

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
<p>Acupuntura (puede requerir aprobación)</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días). Usted paga \$0 por hasta 10 visitas por otras afecciones que no sean dolor lumbar crónico.</p>
<p>Atención quiropráctica (puede requerir aprobación) Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna están fuera de lugar):</p>	<p>Usted paga \$0 o \$20</p>
<p>Atención de podología (los servicios de podología pueden requerir una autorización de su médico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o reúne ciertas condiciones: • Cuidado de rutina de los pies (hasta 4 visitas por año): 	<p>Usted paga \$0 o \$40</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Cuidado de la salud en el hogar (puede requerir aprobación)</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Hospicio</p>	<p>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.</p>
<p>Suministros/Equipos médicos</p> <p>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.; puede requerir aprobación):</p> <p>Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.; pueden requerir aprobación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos protésicos: • Suministros médicos relacionados: 	<p>Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %</p>

Beneficios adicionales (continuación)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP SOLUTIONS (HMO D-SNP)
Servicios y suministros para la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la diabetes: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: • Plantillas o zapatos terapéuticos: 	Usted paga \$0 Usted paga \$0 Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %
Diálisis renal	Usted paga un coseguro de \$0 o 20 %
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico: • Línea directa: 	Sin cobertura Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas
Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios (puede requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal: • Visita de terapia individual: (en el consultorio/virtual) 	Usted paga \$0 o \$40 Usted paga \$0 o \$40
Artículos de venta libre	Sin cobertura
Cobertura urgente y de emergencia en todo el mundo	Usted paga \$0 o \$90

Beneficios especiales para sus necesidades

Esta sección explica algunos de los productos y servicios adicionales cubiertos por EmblemHealth mencionados en la sección anterior del cuadro del Resumen de Beneficios.

Comencemos.

Atención quiropráctica

Si necesita utilizar servicios de quiropráctico, no necesita autorización de su médico de atención primaria para una consulta inicial a un quiropráctico que tenga un contrato con nosotros. Los servicios de quiropráctico de EmblemHealth son provistos por **Palladian Muscular Skeletal Health**.

Para obtener una lista de quiroprácticos que tienen un contrato con nosotros, use la sección Find a Doctor (Buscar un médico) en nuestro sitio web en **emblemhealth.com/medicare** o comuníquese con Connect Concierge para obtener ayuda.

Servicios dentales

Nuestra meta es brindarle acceso a atención de alta calidad para administrar sus necesidades dentales preventivas. Tener dientes saludables forma parte de mantenerse sano.

Servicios de audición

Tome el control de su audición y mejore su calidad de vida. Además de los servicios de audición, nuestro plan paga hasta **\$350** cada año para audífonos.

Servicios de la visión

Es importante que se asegure de cuidarse la vista para el futuro. Además de la cobertura de la vista, también tiene derecho a accesorios para la vista de rutina sin costo alguno con una asignación de \$200 cada año.

Para obtener una lista de profesionales y centros del cuidado de la salud ocular, y para obtener más información, use la sección Find a Doctor (Buscar un médico) en nuestro sitio web **emblemhealth.com/medicare** o comuníquese con Connect Concierge para obtener ayuda.

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP) tiene un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Debido a que la inscripción en este plan se limita a los miembros con Medicaid y Medicare, el estado de Nueva York continuará cubriendo su participación en los costos de Medicare y los beneficios adicionales de Medicaid si tiene cobertura total de Medicaid.

La clase de beneficios de Medicaid que recibe depende del tipo de Medicaid que tenga y de sus ingresos y recursos. Su cobertura de Medicaid puede cambiar durante el año en función de sus ingresos o recursos. Es importante que vuelva a certificar su cobertura de Medicaid cada año.

Con la ayuda de Medicaid, algunos miembros con doble elegibilidad no tienen que pagar los servicios cubiertos de Medicare.

Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro de **EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP)** y su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York para acceder a los servicios cubiertos por Medicaid que se detallan a continuación. Su proveedor necesitará esta información para cubrir su participación en los costos cuando califique para recibir asistencia para pagar la participación en los costos de Medicare. Los servicios que se enumeran a continuación son servicios cubiertos por Medicaid.

Beneficio	Beneficios del cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con la cobertura total de Medicaid
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Servicios de ambulancia médicamente necesarios</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$90
<p>Equipos Médicos Duraderos</p> <p>Equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los aparatos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, y fórmula enteral.</p> <p>Aparatos protésicos u ortopédicos con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacidad para soportar un uso repetido por un período prolongado; • de uso médico principalmente y habitualmente; • no útiles, en general, para una persona sana o sin una lesión o enfermedad, y generalmente diseñados y adaptados al uso de una persona en particular. 	Cubierto	Usted paga \$0 o 20 % para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. Medicaid puede cubrir algunos artículos no cubiertos por Medicare cuando usted es elegible.
<p>Atención de emergencia</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$90
<p>Diálisis (riñón)</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o 20 %

Beneficio	Beneficios del cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con la cobertura total de Medicaid
<p>Servicios de audición</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • selección, adaptación y entrega de audífonos; • controles de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; • servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; • productos para los problemas de audición, incluidos audífonos, moldes de oído, accesorios especiales y repuestos. 	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40 para artículos o servicios cubiertos por Medicare. Medicaid puede cubrir algunos servicios de audición no cubiertos por Medicare cuando usted es elegible.
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Medicaid cubre los servicios de salud en el hogar médicamente necesarios e incluye servicios adicionales de salud en el hogar no cubiertos por Medicare.</p> <p>Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapeuta físico para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su potencial máximo de recuperación; y • enfermeros para el llenado previo de jeringas para personas discapacitadas con diabetes 	Cubierto	Usted paga \$0 para los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare. Medicaid puede cubrir cierta atención no cubierta por Medicare cuando usted es elegible.
<p>Atención hospitalaria de paciente ingresado (incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$310 por los días 1 a 6 y \$0 a partir del día 7
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ingresado</p> <p>Todos los servicios para el cuidado de la salud mental de los pacientes ingresados, incluidas las internaciones voluntarias e involuntarias para servicios de salud mental durante el límite de por vida de 190 días que ofrece Medicare.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$1,871 por internación
<p>Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$15 para examen de diagnóstico y; \$0 o 20 % para servicios terapéuticos

Beneficio	Beneficios del cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con la cobertura total de Medicaid
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio Visitas de terapia individual y grupal</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Servicios cubiertos por Medicaid de 40 visitas por año para fisioterapia y 20 visitas por año para terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje, excepto para menores de 21 años o personas con discapacidades del desarrollo según la determinación de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40
<p>Tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios Visitas de terapia individual y grupal</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$40
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	Cubierto	<p>Usted paga \$0 o \$195 para cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Usted paga \$0 o \$295 para cada visita al centro para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p>
<p>Aparatos protésicos, suministros médicos y quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral Como miembro de doble elegibilidad, es posible que tenga derecho a aparatos adicionales de prótesis, ortesis y zapatos ortopédicos cubiertos por Medicaid. Fórmula enteral limitada a alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o por sonda de alimentación por gastrostomía; o tratamiento de un error metabólico congénito.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o 20 %
<p>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF) Días después del límite de 100 días de Medicare</p>	Cubierto	Usted paga \$0 por día para los días 1 a 20, y \$184 por día para los días 21 a 100

Beneficio	Beneficios del cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth VIP Solutions (HMO D-SNP): Beneficios de Medicare con la cobertura total de Medicaid
<p>Transporte de rutina</p> <p>Transporte básico para personas inscritas para obtener atención y servicios médicos necesarios según los beneficios del plan o el cargo por servicio de Medicaid.</p> <p>Incluye transporte para discapacitados, taxi, transporte público u otros medios adecuados para la condición médica de la persona inscrita y un asistente de transporte para acompañar a la persona, si es necesario.</p>	Cubierto	Cubierto por el cargo por servicio de Medicaid
<p>Atención urgentemente necesaria</p>	Cubierto	Usted paga \$0 o \$30
<p>Atención dental</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen la atención dental necesaria preventiva, profiláctica y de rutina, servicios y suministros, y prótesis dentales para aliviar afecciones graves de la salud. Servicios dentales quirúrgicos para pacientes ingresados o ambulatorios, sujetos a autorización previa.</p>	Cubierto	Servicios preventivos cubiertos Sin límite anual

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.

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 (EOC), en particular para aquellos servicios por los cuales visita a su médico con más frecuencia. Visite emblemhealth.com/medicare o llame al **877-344-7364** (TTY: **711**) para ver una copia de la Evidencia de Cobertura.
- Consulte 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.
- Salvo emergencias o situaciones urgentes, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un Plan de necesidades especiales (D-SNP) doblemente elegible. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.