



EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) es ofrecido por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/EmblemHealth

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP). El año próximo, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se describen los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios lo afectan

Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le 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 más información sobre los cambios en los beneficios y costos de su plan.

Revise en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.

- ¿Cubriremos sus medicamentos?
- ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con participación en los costos diferente?
- ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como la necesidad de aprobación de nuestra parte antes de llenar su receta?
- ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Habrá cambios en el costo por el uso de esta farmacia?
- Revise la lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener 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](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace de “tableros de control” en el medio de la segunda Nota, cerca del final de la página. En estos tableros se destacan cuáles son los fabricantes que han estado aumentando sus precios y, además, se muestra 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.

Revise si sus médicos y otros proveedores continuarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Se encuentran en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas a quien visita regularmente?
- ¿Qué hay sobre los hospitales u otros proveedores a los que asiste?
- Vea la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense en sus costos del cuidado de la salud 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?

Reflexione si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes Medicare en la siguiente página web: www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista al final de su manual *Medicare y usted 2022*.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que limite sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar el plan

- Si no se adhiere a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).
- Si quiere **cambiarse a un plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 4 de la página 11 de para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, adhiérase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se adhiere a ningún otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá a EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).
- Si se adhiere a otro plan entre el 15 de octubre y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se le dará de baja de su plan actual automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente llamando al **1-877-344-7364** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
- También podemos proporcionarle información en un modo que le sirva (información en otros formatos). Llame al Servicio de Atención al Cliente al número escrito anteriormente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura dentro de este plan califica como Cobertura de salud calificable (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de Protección al paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

- Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato 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 en este folleto dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a HIP/EmblemHealth. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para 2022

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2021 y 2022 para EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los cambios.** Puede encontrar 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*. **Si usted es elegible para recibir asistencia de la participación en los costos de Medicare en Medicaid de Nueva York, pagará \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estancia hospitalaria de paciente ingresado.**

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima podrá ser mayor o menor que este monto. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	La prima de su plan se paga en su nombre a través de la “Ayuda adicional”.	La prima de su plan se paga en su nombre a través de la “Ayuda adicional”.
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita
	Visitas a un especialista: \$0 de copago por visita	Visitas a un especialista: \$0 de copago por visita
Estancia hospitalaria de paciente ingresado	\$0 copago por cada estancia cubierta por Medicare.	\$0 copago por cada estancia cubierta por Medicare.
Incluye cuidados intensivos para paciente ingresado, rehabilitación de paciente ingresado, hospitales de atención a largo plazo, y otros tipos de servicios de hospital para paciente ingresado. La atención de hospital de paciente ingresado comienza el día que se le ingrese formalmente en el hospital con una orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente ingresado.	Se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Debido a que es elegible para Medicaid, califica para recibir “Ayuda adicional” y la recibirá por parte de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda adicional”.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamento de nivel 1: todos los medicamentos de la lista de medicamentos <p><i>Medicamentos genéricos: \$0 a \$3.70</i> <i>Medicamentos de marca: \$0 a \$9.20</i></p> <p>El monto que usted paga se determina según el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda adicional”.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Debido a que es elegible para Medicaid, califica para recibir “Ayuda adicional” y la recibirá por parte de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda adicional”.</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamento de nivel 1: todos los medicamentos de la lista de medicamentos <p><i>Medicamentos genéricos: \$0 a \$3.95</i> <i>Medicamentos de marca: \$0 a \$9.85</i></p> <p>El monto que usted paga se determina según el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda adicional”.</p>
<p>Monto máximo de costos de bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>\$7,550</p> <p>No es su responsabilidad pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo del costo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>No es su responsabilidad pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo del costo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022.....	4
SECCIÓN 1 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año	7
Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios del monto máximo de costos de bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores	8
Sección 1.4 – Cambios de la red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios de los beneficios y los costos para servicios médicos	9
Sección 1.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).....	13
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 4 Cambio de planes.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare y Medicaid	15
SECCIÓN 6 Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta	15
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 7.1 – Recibir ayuda por parte de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).....	16
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare	17
Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid	17

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

Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual (También deberá seguir pagando la prima de Medicare Parte B a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 La prima de su plan se paga en su nombre a través de la “Ayuda adicional”.	\$0 La prima de su plan se paga en su nombre a través de la “Ayuda adicional”.

Sección 1.2 – Cambios del monto máximo de costos de bolsillo

Para protegerle, Medicare exige a todos los planes de salud que limiten la cantidad que usted pagará “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de costo de bolsillo”. Cuando haya alcanzado este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Monto máximo de costos de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan el costo máximo de bolsillo. No es su responsabilidad pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo del costo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sus gastos para servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo del costo de bolsillo. Las primas del plan y sus gastos para medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de costo de bolsillo.	\$7,550	\$7,550 Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores

Para el próximo año hay cambios en nuestra red de proveedores. Puede encontrar un *Directorio de proveedores* actualizado en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También podrá llamar al Servicio de Atención al Miembro para obtener información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.***

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista dejase su plan, usted tendrá ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso no interrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Cuando sea posible, le proporcionaremos un aviso, por lo menos, con 30 días de antelación notificándole que un proveedor está dejando nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si usted considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo apropiadamente manejada, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si usted llega a conocer que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos 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 medicamentos con receta estarán cubiertos solo si los retira en una de las farmacias de la red.

Para el próximo año hay cambios en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También podrá llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022 para saber qué farmacias están en nuestra red.***

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos para el próximo año. En la información a continuación se describen estos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2022*. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Servicios del programa para tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastornos por consumo de opioides (OUD) podrán recibir cobertura de los servicios para tratar los OUD a través del Programa para Tratamiento con Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas opioides para tratamientos asistidos con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.
- Surtido y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)
- Orientación por consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Planificación anticipada de la atención	La asistencia en línea y las herramientas para ayudarle a completar sus directivas de atención médica anticipadas no tienen cobertura.	La asistencia en línea y las herramientas para ayudarle a completar sus directivas de atención médica anticipadas tienen cobertura.
Servicios para la audición	Nuestro plan cubre hasta \$1,500 de asignación cada 3 años en audífonos.	Nuestro plan cubre hasta \$150 de asignación cada 3 años en audífonos.
Servicios de sangre para paciente ambulatorio	El deducible se exime para las primeras 3 pintas de sangre en un año calendario.	El deducible no se exime para las primeras 3 pintas de sangre en un año calendario.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Artículos de venta libre (OTC)	Nuestro plan cubre \$50 por mes para artículos de venta libre (OTC) elegibles para Medicare en ubicaciones participantes.	Nuestro plan cubre \$50 por mes para artículos de venta libre (OTC) elegibles para Medicare, incluidos <u>alimentos y productos saludables</u> en ubicaciones participantes.
	Este monto no se traslada de un mes a otro y caducará al final de cada mes.	Este monto no se traslada de un mes a otro y caducará al final de cada mes.
Cuidado de la vista	Nuestro plan cubre hasta \$500 de asignación cada 2 años para un par de lentes o lentes de contacto de rutina.	Nuestro plan cubre hasta \$50 de asignación cada 2 años para un par de lentes o lentes de contacto de rutina.

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, incluidos los cambios de los medicamentos que cubrimos y los cambios de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise 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 hacer lo siguiente:

- **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 una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?)* o llame al Servicio de Atención al Cliente.
- **Converse con su médico (o profesional autorizado para recetar) para encontrar un medicamento diferente** para el que tengamos cobertura. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos con los que se trate la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporario de un medicamento fuera de la lista de medicamentos durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la afiliación para evitar la interrupción del tratamiento. (Para recibir más información acerca de cuándo

puede recibir un suministro temporario y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el período en que esté recibiendo el suministro temporario de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando el suministro se termine. Puede cambiarse a un medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento actual.

Si tiene una excepción para la lista de medicamentos actual de 2021, deberá presentar una nueva solicitud de excepción para 2022. Puede presentar su solicitud de excepción de la lista de medicamentos para 2022 antes de dicho año y, si se aprueba, la excepción de la lista estará vigente a partir de 2022.

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 (o 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 está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **puede que la información sobre costos de medicamentos con receta Parte D no aplique a usted.** Enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda adicional para sus medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula adicional LIS”), que le ofrece información sobre los costos para medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido el inserto para el 30 de septiembre de 2021, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas para el pago de medicamentos”. El costo de un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura*).

En la información a continuación se encuentran los cambios para el próximo año para las primeras dos etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la etapa de interrupción de cobertura o a la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener más información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios de la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Etapa 1: etapa de deducible anual	Debido a que recibe Ayuda adicional, esta etapa de pagos no se aplica a usted.	Debido a que recibe Ayuda adicional, esta etapa de pagos no se aplica a usted.

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

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que podrá pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted llene sus recetas en una farmacia de la red que le proporciona participación en los costos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para medicamentos con receta por pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: todos los medicamentos de la lista de medicamentos:</p> <p><i>Medicamentos genéricos:</i> usted paga de \$0 a \$3.70 por medicamento con receta.</p> <p><i>Medicamentos de marca:</i> usted paga de \$0 a \$9.20 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: todos los medicamentos de la lista de medicamentos:</p> <p><i>Medicamentos genéricos:</i> usted paga de \$0 a \$3.95 por medicamento con receta.</p> <p><i>Medicamentos de marca:</i> usted paga de \$0 a \$9.85 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios de las etapas de interrupción de cobertura y de cobertura catastrófica

La etapa de interrupción de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Administrador dental	DentaQuest administra nuestros beneficios dentales.	Nuestro administrador de beneficios dentales cambiará de DentaQuest a Healthplex para 2022.
Actualización del contacto de venta libre (OTC)	Puede usar su tarjeta de OTC para comprar artículos en línea, por teléfono y a través de pedidos por correo si se pone en contacto con NationsOTC.	Puede usar su tarjeta de OTC para comprar artículos en línea, por teléfono y a través de pedidos por correo si se pone en contacto con ConveyBenefits. Número de línea gratuita: (855) 858-5940 (TTY 711) Sitio web: https://www.ConveyBenefits.com/EmblemHealth
Recompensa e incentivos	Puede ganar hasta \$175 en recompensas para su bienestar. Una vez que se haya registrado, podrá recibir una tarjeta de recompensa de \$25 por cada servicio ganado.	Puede ganar hasta \$175 en recompensas para su bienestar. Una vez que se haya registrado, podrá recibir una recompensa de entre \$10 y \$50 por cada servicio elegible. Solo obtendrá una tarjeta de recompensa que volveremos a cargar con recompensas adicionales.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga con nosotros como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede adherirse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se adherirá a un plan para medicamentos de Medicare.

Para conocer más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Podrá encontrar información sobre los planes en su área mediante el buscador de planes Medicare o el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se le desinscribirá de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese al nuevo plan de medicamentos. Se le desinscribirá de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, deberá cumplir alguna de las siguientes opciones:
 - Envíenos una solicitud por escrito de desinscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre este procedimiento (los números telefónicos se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O bien*, puede comunicarse con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que lo desinscriban. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos de receta de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos excepto en el caso de que usted haya optado por retirarse de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2022.

¿Se puede hacer un cambio en otros momentos del año?

En algunas ocasiones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se les podrá permitir que hagan un cambio en otro momento del año a las personas con Medicaid, a aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, a aquellos que tienen o pierden la cobertura de su empleador y a aquellos que se muden del área de servicio.

Si se inscribió a un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura para medicamento con receta de Medicare o no) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con cobertura para medicamento con receta de Medicare o no) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En el Estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Asistencia del Seguro Médico (HIICAP).

El HIICAP trabaja de manera independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar orientación local y **gratuita** sobre seguro de salud a personas con Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a resolver sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre los cambios de planes. Puede llamar al HIICAP al **1-800-701-0501**. Puede conocer más sobre el HIICAP visitando nuestro sitio web (www.aging.ny.gov).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-541-2831**, TTY **711**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. También puede comunicarse con el Programa de Defensa de Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York, **1-855-582-6769**, TTY **711**.

Pregunte cómo afecta su cobertura del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) si se adhiere a otro plan o si vuelve a Original Medicare.

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.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito para la “Ayuda adicional”, también denominada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas por medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Debido a que califica, no tendrá una interrupción de cobertura ni recibirá una penalidad por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes lugares:
 - 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 de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El Estado de Nueva York tiene un programa llamado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Ancianos (EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos con receta según sus necesidades financieras, su edad o condición médica. Para saber más sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (el nombre y los números telefónicos de esta organización están en la Sección 5 de este folleto).
- **Ayuda para la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que los individuos elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH para salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados criterios, incluidos 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 Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Atención Médica para Personas con VIH no Aseguradas del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Atención Médica para Personas con VIH no Aseguradas del Estado de Nueva York al **1-800-542-2437**.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Recibir ayuda por parte de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (solo TTY, llame al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas desde las 8 a.m. hasta las 8 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (hay detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y en los costos para 2022. Para obtener información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2022* para EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP). 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. Puede encontrar 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 tiene información más detallada y actualizada sobre 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 los costos, la cobertura y las valoraciones 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 Medicare o el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. 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 conseguirla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando 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.

Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.