



EmblemHealth VIP Essential (HMO) 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 Essential (HMO). El año próximo, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se describen los cambios.*

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

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 a EmblemHealth VIP Essential (HMO).
- Para 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.

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 une a ningún otro plan para el **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá a EmblemHealth VIP Essential (HMO).
- Si se adhiere a otro plan antes del **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 Essential (HMO)

- 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 Essential (HMO).

Resumen de costos importantes para 2022

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2021 y 2022 para EmblemHealth VIP Essential (HMO) 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 al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$68	\$69
<p>* Su prima podrá ser mayor o menor que este monto.</p> <p>(Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).</p>		
Monto máximo de costos de bolsillo	\$7,550	\$7,550
<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>		
Visitas al consultorio médico	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$45 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a un especialista: \$45 de copago por visita</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Estancia hospitalaria de paciente ingresado</p> <p>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.</p>	<p>Días 1-4: \$492 de copago por día. \$0 de copago por día por cada día adicional; para cada estancia de paciente ingresado.</p> <p>Días ilimitados.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Días 1-4: \$492 de copago por día. \$0 de copago por día por cada día adicional; para cada estancia de paciente ingresado.</p> <p>Días ilimitados.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$295</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$7 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p>	<p>Deducible: \$325</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$7 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
	<p>Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p> <p>Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p> <p>Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>
	<p>Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p> <p>Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p>	<p>Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p> <p>Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p>
	<p>Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27% del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27% del costo total.</p>	<p>Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27% del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27% del costo total.</p>

Aviso Anual de Cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Cambios de los beneficios y los costos para el próximo año.....	5
Sección 1.1 – Cambios de la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios del monto máximo de costos de bolsillo.....	5
Sección 1.3 – Cambios de la red de proveedores	6
Sección 1.4 – Cambios de la red de farmacias	6
Sección 1.5 – Cambios de los beneficios y los costos para servicios médicos	7
Sección 1.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en EmblemHealth VIP Essential (HMO).....	13
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de plan	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare.....	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 Essential (HMO)	16
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare	16

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	\$68	\$69
(También deberá seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una penalidad vitalicia por inscripción tardía a la Parte D, por no tener cobertura que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 o más días.
- Si recibe un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Ayuda adicional” junto con sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

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	\$7,550	\$7,550
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.		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 Cliente 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. En nuestra red, se incluyen farmacias con participación en los costos preferida, lo que puede ofrecerle una participación en los costos menor que la participación en los costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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 al 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

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 Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2022*.

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)
Servicios para la audición	Usted paga un copago de \$40 por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Nuestro plan cubre hasta \$1,800 de asignación cada 3 años en audífonos.	Usted paga un copago de \$45 por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Nuestro plan cubre hasta \$900 de asignación cada 3 años en audífonos.
Atención de centro de enfermería especializada (SNF)	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20 cubiertos por Medicare, \$184 de copago por día para los días 21 a 100 cubiertos por Medicare; por cada período de beneficios. Se requiere autorización previa.	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 20 cubiertos por Medicare, \$188 de copago por día para los días 21 a 100 cubiertos por Medicare; por cada período de beneficios. Se requiere autorización previa.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Atención urgentemente necesaria	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita para servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos no se eximen si se le admite a un hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>	<p>Usted paga un copago de \$65 por visita para servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos no se eximen si se le admite a un hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>
Cuidado de la vista	<p>Usted paga un copago de \$40 por exámenes de la visión de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$240 de asignación cada año para un par de lentes o lentes de contacto de rutina.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por exámenes de la visión de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$200 de asignación cada año para un par de lentes o lentes de contacto de rutina.</p>

Sección 1.6 – Cambios de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. La copia de nuestra lista de medicamentos se envía en formato electrónico.

Hemos realizado cambios a nuestra lista de medicamentos, 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.
- **Conversar con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) para encontrar un medicamento** 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 información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra 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*.)

Cambios de la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 1: etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (medicamentos de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$295.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$7 de participación en los costos estándar y \$2 de participación en los costos preferida para medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos);</p> <p>\$20 de participación en los costos estándar y \$15 de participación en los costos preferida para medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos);</p> <p>y el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (medicamentos de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$325.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$7 de participación en los costos estándar y \$2 de participación en los costos preferida para medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos);</p> <p>\$20 de participación en los costos estándar y \$15 de participación en los costos preferida para medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos);</p> <p>y el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (medicamentos de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

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>Una vez que haya pagado el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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.</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>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia dentro de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$7 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia dentro de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$7 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$20 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$15 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$47 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$42 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos de especialidad): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27% del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27% del costo total.</p> <hr/> Una vez que los costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,980 , pasará a la siguiente etapa (etapa de interrupción de cobertura).	<p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$100 por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (medicamentos de especialidad): <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 27% del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 27% del costo total.</p> <hr/> Una vez que los costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,275 , pasará a la siguiente etapa (etapa de interrupción de cobertura).

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

Las otras dos etapas de cobertura, la etapa de interrupción de cobertura y de cobertura catastrófica, corresponden a personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llega a 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 Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *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.
Pedidos de farmacia por correo	Su plan no tiene una farmacia con pedidos por correo preferida dentro de la red.	Su plan incluye una farmacia con pedidos por correo preferida dentro de la red.
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 Essential (HMO)

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 EmblemHealth VIP Essential (HMO).

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 en el momento adecuado;
- *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. Si no se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía a la Parte D.

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.**

A modo de recordatorio, HIP/EmblemHealth ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes podrán ser diferentes en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se le desinscribirá de EmblemHealth VIP Essential (HMO) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese al nuevo plan de medicamentos. Se le desinscribirá de EmblemHealth VIP Essential (HMO) 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**.

SECCIÓN 4 Fecha límite para el cambio de plan

Si quiere cambiar 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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

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 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen orientación gratuita sobre Medicare

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 en www.aging.ny.gov.

SECCIÓN 6 Programas de ayuda de pago de medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si califica, Medicare podrá pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluso primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una interrupción de cobertura ni recibirán una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame 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 **1-800-542-2437**.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Recibir ayuda por parte de EmblemHealth VIP Essential (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con el 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, vea la *Evidencia de cobertura 2022* para EmblemHealth VIP Essential (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. 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*.

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.