

Resumen de Beneficios 2022

EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) y EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

¿QUIÉNES PUEDEN INSCRIBIRSE?

Para inscribirse en **EmblemHealth VIP Dual (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 y Suffolk; **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 **EmblemHealth VIP Dual Select (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 y Suffolk y **Hudson Valley**: Dutchess, Orange, Rockland, Putnam, Sullivan, Ulster y Westchester.

Estos planes no requieren referidos.

Para inscribirse en estos planes 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 con beneficios adicionales (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** 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 con beneficios adicionales (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B, más los beneficios completos de Medicaid.

¿CUÁLES MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Los planes **EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)** y **EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)** tienen 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 los planes **EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)** y **EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)**, usted deberá elegir un médico de atención primaria (PCP) 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 llenar 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” (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 por Internet en **[medicare.gov](https://www.medicare.gov)** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los siete días de la semana. Si es usuario de TTY, llame al **1-877-486-2048**. 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 DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<p>PRIMA MENSUAL DEL PLAN</p> <p>(El importe que usted paga mensualmente por su seguro).</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B.</p>
<p>DEDUCIBLE</p> <p>(El importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar).</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>RESPONSABILIDAD DE GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</p> <p>(Lo más que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en deducibles y su participación en los costos (copagos, coseguros), su plan de salud paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos. Esto no incluye su prima ni los costos de los medicamentos con receta).</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. \$7,550 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de 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>	<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. \$7,550 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de 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>
<p>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS (podría requerir aprobación)</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (podría 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 \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<p>VISITAS AL MÉDICO (en el consultorio/virtuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria: • Especialistas: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0 por el examen físico anual</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0 por el examen físico anual</p> <p>Usted paga \$0</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 vaginal y de cuello uterino - 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 (PSA) - Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, 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 año del contrato tendrán cobertura.</p>	<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 vaginal y de cuello uterino - 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 (PSA) - Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, 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 año del contrato tendrán cobertura.</p>
<p>ATENCIÓN DE EMERGENCIA</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Si usted ingresa en el hospital en un plazo de un día, no tiene que pagar su participación en el costo por la atención de emergencia. Vea los demás costos en la sección “Cobertura de atención hospitalaria de paciente ingresado” de este folleto.</p>	<p>Usted paga \$0</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>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
SERVICIOS URGENTEMENTE NECESARIOS	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<p>IMÁGENES/ANÁLISIS DE LABORATORIO/SERVICIOS DIAGNÓSTICOS (Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Puede requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>SERVICIOS DE AUDICIÓN</p> <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 \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 cada tres años si vive en Bronx, Brooklyn, Queens, Nueva York</p> <p>\$150 cada tres años si vive en Suffolk</p> <p>\$300 cada tres años si vive en Albany, Broome, Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Nassau, Orange, Putnam, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$750 por año para audífonos.</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<p>SERVICIOS DENTALES</p> <p>Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta una cada seis meses): • Radiografía(s) bucal(es) (hasta una cada seis meses): • Tratamiento con fluoruro (hasta uno cada seis meses): • Examen bucal (hasta uno cada seis meses): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>
<p>SERVICIOS DENTALES INTEGRALES: (podrían requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios reconstructivos: • Endodoncia, periodoncia, extracciones: • Prostodoncia, otra cirugía bucal/ maxilofacial, otros servicios: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>SERVICIOS DE LA VISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido el examen anual de glaucoma): • Examen ocular de rutina (hasta uno por año): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto: Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: 	<p>Un par de hasta \$550 cada tres años si vive en Bronx, Brooklyn, Queens, Nueva York</p> <p>\$50 cada dos años si vive en Suffolk</p> <p>\$200 cada dos años si vive en Albany, Broome, Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Nassau, Orange, Putnam, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester.</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Un par hasta \$100 de límite por plan anual</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>SERVICIOS DE SALUD MENTAL (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita de paciente ingresado: Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: (en consultorio/virtual) 	<p>Usted paga \$0 por día del día uno al día 90</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por estadía de salud mental del paciente ingresado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida” siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0 por día del día uno al día 90</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por estadía de salud mental del paciente ingresado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida” siempre que la estadía esté cubierta bajo el plan.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para servicios de salud mental del paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS 2022: EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP) Y EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<p>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) (podría requerir aprobación)</p>	<p>Usted paga \$0 por día del día uno al día 100</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>	<p>Usted paga \$0 por día del día uno al día 100</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p>
<p>FISIOTERAPIA (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: 	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>AMBULANCIA (podría requerir aprobación; no se exime en caso de internación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: • Aérea: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>TRANSPORTE</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Sin cobertura</p>

Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) y EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

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

Usted paga \$0. Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

Como miembro de **EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) y EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)**, es automáticamente inscrito en Medicare Parte D. Debe tener cobertura de Medicare y cobertura total de Medicaid para inscribirse en este plan. Debido a que usted tiene cobertura total 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.

Participación en los costos de medicamentos con receta Parte D para un suministro de 30 días de medicamentos cubiertos

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

NOMBRE DEL NIVEL	ETAPA DE COBERTURA INICIAL	ETAPA DE INTERRUPCIÓN DE COBERTURA	ETAPA DE COBERTURA CONTRA CATÁSTROFES
Todos los medicamentos de la lista de medicamentos	Medicamentos genéricos: \$0 a \$3.95 Medicamentos de marca: \$0 a \$9.85 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.		\$0

Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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 DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<p>ACUPUNTURA (podría 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>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 (podría requerir aprobación)</p> <p>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</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>ATENCIÓN DE PODOLOGÍA</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: <p>(hasta 4 visitas por año):</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR (podría requerir aprobación)</p>	<p>Usted paga \$0</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 relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Llámenos para obtener más información.</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 relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Llámenos para obtener más información.</p>

Beneficios adicionales (continuación)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP)	EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP)
<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>Servicios y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la diabetes: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes: • Plantillas o zapatos terapéuticos: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>DIÁLISIS RENAL</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>PROGRAMAS DE BIENESTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico: • Línea directa: 	<p>SilverSneakers®</p> <p>Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas</p>	<p>Sin cobertura</p> <p>Línea directa de servicios de enfermería las 24 horas</p>
<p>ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal: • Visita de terapia individual: (en consultorio/virtual) 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE (Este importe no se transfiere de un mes a otro).</p>	<p>Ahora incluye alimentos</p> <p>\$120/mes si vive en Bronx, Brooklyn, Queens, Nueva York</p> <p>\$50/mes si vive en Suffolk</p> <p>\$100/mes si vive en Albany, Broome, Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Nassau, Orange, Putnam, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester</p>	<p>\$60 por mes</p>
<p>COBERTURA URGENTE Y DE EMERGENCIA EN TODO EL MUNDO</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p>

Beneficios especiales para sus necesidades

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

Comencemos.

Acupuntura

Ayuda a mejorar su sistema inmunológico y a activar los sistemas naturales que protegen y combaten el dolor del cuerpo. Como miembro de estos planes, puede obtener hasta **10 visitas de acupuntura** además de **20 visitas de acupuntura cubiertas por Medicare** cada año para el dolor de espalda crónico.

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 Musculoskeletal 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. Tener dientes saludables forma parte de mantenerse sano. Como miembro del plan **EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)**, usted pagará \$0 por servicios dentales tanto preventivos como integrales. No hay límite de dólares al año. El plan **EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)** cuenta con beneficios dentales integrales sin límite anual.

Servicios de audición

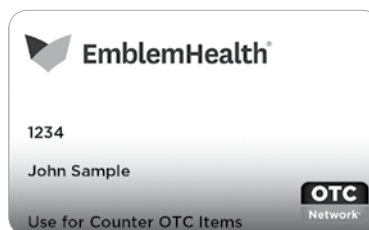
Tome el control de su audición y mejore su calidad de vida. Además de los servicios de audición, nuestros planes pagan asignaciones anuales para los audífonos.

Servicios de la visión

Es importante que se asegure de cuidarse la vista para el futuro. Además de la cobertura de visión, también tiene derecho a beneficios para accesorios para la vista de rutina.

Para obtener una lista de profesionales y centros del cuidado de salud ocular, y para obtener más información, visite nuestro sitio web emblemhealth.com/medicare o comuníquese con Connect Concierge para obtener ayuda.

Artículos de venta libre (OTC)



Como miembro de los planes **EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)** y **EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)**, usted obtendrá una tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) con un beneficio mensual desde **\$50** hasta **\$120** según el lugar donde vive cuando se inscribe en el plan.

En 2022, como miembro del plan **EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)**, puede comprar alimentos con el beneficio de artículos de venta libre.

Hay muchas maneras de usar su tarjeta de OTC.



Para obtener la lista más actualizada de ubicaciones y opciones de pedidos por correo, visite nuestro sitio web emblemhealth.com/otc.

SilverSneakers®

Haga una actividad, diviértase y viva la vida que quiera. EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) incluye **SilverSneakers®**, un programa de bienestar diseñado para todos los niveles de acondicionamiento físico y habilidades. ¡Podrá usar equipos para hacer ejercicios e ir a clases y a eventos sociales divertidos en miles de lugares en todo el país!

¿Buscando una manera para mejorar su salud en el hogar?

SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y la aplicación móvil SilverSneakers, SilverSneakers GO™.

Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación de SilverSneakers. Visite **SilverSneakers.com** para obtener más información sobre sus beneficios, o llame al **888-423-4632 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) y EmblemHealth VIP Dual Select (HMO D-SNP)

tienen un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Debido a que la inscripción en estos planes 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 que tiene con la 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 Dual (HMO D-SNP) y EmblemHealth VIP Dual Select (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 DUAL (HMO D-SNP) Y EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP): BENEFICIOS DE MEDICARE CON LA COBERTURA TOTAL DE MEDICAID
SERVICIOS DE AMBULANCIA Servicios de ambulancia médicamente necesarios	Cubierto	Usted paga \$0
EQUIPO MÉDICO DURADERO Equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los aparatos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, y fórmula enteral. Aparatos protésicos u ortopédicos con las siguientes características: <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 Medicaid puede cubrir los servicios no cubiertos por el plan.
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Cubierto	Usted paga \$0
DIÁLISIS (RIÑÓN)	Cubierto	Usted paga \$0
SERVICIOS DENTALES	Cubierto	Medicaid puede cubrir los servicios no cubiertos por el plan.

BENEFICIO	BENEFICIOS DEL CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP) Y EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP): BENEFICIOS DE MEDICARE CON LA COBERTURA TOTAL DE MEDICAID
<p>SERVICIOS DE AUDICIÓN 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	<p>Usted paga \$0 (Consulte la página I-6 para conocer los beneficios adicionales del plan) Medicaid puede cubrir los servicios no cubiertos por el plan.</p>
<p>AGENCIA DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR Medicaid cubre los servicios de salud en el hogar médicamente necesarios e incluye servicios adicionales de salud en el hogar no cubiertos por Medicare. 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 • profesional de enfermería para el llenado previo de jeringas para personas discapacitadas con diabetes. 	Cubierto	<p>Usted paga \$0 Medicaid puede cubrir los servicios no cubiertos por el plan.</p>
<p>ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS (Incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)</p>	Cubierto	Usted paga \$0
<p>CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PACIENTE INGRESADO 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
<p>ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO PARA PACIENTES AMBULATORIOS, SERVICIOS Y SUMINISTROS TERAPÉUTICOS</p>	Cubierto	Usted paga \$0
<p>CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PACIENTE AMBULATORIO Visitas de terapia individual y grupal</p>	Cubierto	Usted paga \$0

BENEFICIO	BENEFICIOS DEL CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP) Y EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP): BENEFICIOS DE MEDICARE CON LA COBERTURA TOTAL DE MEDICAID
<p>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla médicamente necesarias, 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
<p>TRATAMIENTO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES AMBULATORIOS Visitas de terapia individual y grupal</p>	Cubierto	Usted paga \$0
<p>CIRUGÍA DE PACIENTES AMBULATORIOS Incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	Cubierto	Usted paga \$0
<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
<p>ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) Días después del límite de 100 días de Medicare</p>	Cubierto	Usted paga \$0
<p>TRANSPORTE DE RUTINA Transporte básico para personas inscritas para obtener atención y servicios médicos necesarios según los beneficios del plan o el cargo por servicio de Medicaid. 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

BENEFICIO	BENEFICIOS DEL CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID	EMBLEMHEALTH VIP DUAL (HMO D-SNP) Y EMBLEMHEALTH VIP DUAL SELECT (HMO D-SNP): BENEFICIOS DE MEDICARE CON LA COBERTURA TOTAL DE MEDICAID
ATENCIÓN URGENTEMENTE NECESARIA	Cubierto	Usted paga \$0
<p>COBERTURA DENTAL 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	Usted paga \$0 (consulte la página I-5 para conocer los beneficios adicionales del plan) Medicaid puede cubrir los servicios no proporcionados por el plan.
<p>COBERTURA DE LA VISTA Servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas, incluidos los anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (estándar o a medida), accesorios y servicios para corregir la visión deficiente. La cobertura también incluye reparación o repuestos. La cobertura también incluye exámenes de diagnóstico y tratamiento para defectos de la visión o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se deben realizar cada dos años, a menos que su realización se justifique como médicamente necesaria. Los anteojos se pueden cambiar cada dos años, a menos que sea médicamente necesario o que se pierdan, dañen o destruyan.</p>	Cubierto	Usted paga \$0 (consulte la página I-6 para conocer los beneficios adicionales del plan) Medicaid puede cubrir los servicios no proporcionados por el plan.

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.

SilverSneakers y el logotipo del zapato de SilverSneakers son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Lista de verificación previa a la inscripción 2022

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](https://www.emblemhealth.com/medicare) o llame al **877-344-7364** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.
- 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 2023.
- 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) con doble elegibilidad. 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.