

# Resumen de Beneficios de 2023

## EmblemHealth VIP Gold (HMO) y EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

### ¿QUIÉNES PUEDEN INSCRIBIRSE?

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

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados de **Nueva York**: Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster y Westchester.

Estos planes no requieren referidos.

### ¿CUÁLES MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Los planes **EmblemHealth VIP Gold (HMO)** y **EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)** 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 Gold (HMO)** o **EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)**, usted deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red VIP Bold. Si no elige un PCP, se le asignará uno. Podrá elegir un PCP 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](https://www.emblemhealth.com/medicare). O bien, llámenos y le enviaremos una copia.

En la mayoría de las situaciones, deberá usar farmacias de la red para llenar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen participación en los costos preferida. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias.

Puede consultar el directorio de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](https://www.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, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.**

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](https://www.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](https://www.emblemhealth.com/medicare).

**EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)**  
**PRIMA MENSUAL DEL PLAN (EL IMPORTE QUE PAGA MENSUALMENTE POR SU SEGURO)**

CONDADOS	Su nivel de Ayuda Adicional				
	0 % (prima total)	25 %	50 %	75 %	100 %
Bronx, Kings, Nueva York, Queens	\$93.00	\$83.30	\$73.50	\$63.80	\$54.10
Nassau, Richmond	\$121.00	\$111.30	\$101.50	\$91.80	\$82.10
Suffolk	\$237.00	\$227.30	\$217.50	\$207.80	\$198.10
Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	\$240.00	\$230.30	\$220.50	\$210.80	\$201.10

**EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)**

CONDADOS	Su nivel de Ayuda Adicional				
	0 % (prima total)	25 %	50 %	75 %	100 %
Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster, Westchester	\$254.00	\$244.30	\$234.50	\$224.80	\$215.10

Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<b>DEDUCIBLE</b> (El importe que usted paga antes de que el plan comience a pagar).	Este plan no cuenta con un deducible para los servicios médicos cubiertos.	Este plan no cuenta con un deducible para los servicios médicos cubiertos.
<b>RESPONSABILIDAD DE GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO</b> (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).	\$7,550 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de salud dentro de la red.  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.  Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios se aplican.	\$7,550 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de salud dentro de la red.  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.  Nuestro plan tiene un límite de cobertura anual para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios se aplican.
<b>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS</b> (podría requerir aprobación)	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para el ingreso hospitalario como paciente hospitalizado.  Usted paga \$290 por día del día uno al día siete  Usted paga \$0 por día del día ocho al día 90  Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para el ingreso hospitalario como paciente hospitalizado.  Usted paga \$195 por día del día uno al día 10  Usted paga \$0 por día del día 11 al día 90  Usted paga \$0 por día a partir del día 91 en adelante
<b>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> (podría requerir aprobación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación en el hospital:</li> <li>• Hospital de pacientes ambulatorios:</li> <li>• Centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia:</li> </ul>	Usted paga \$275  Usted paga \$295  Usted paga \$225	Usted paga \$275  Usted paga \$295  Usted paga \$225
<b>VISITAS AL MÉDICO</b> (en el consultorio/virtuales) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención primaria:</li> <li>• Especialistas:</li> </ul>	Usted paga \$0 Usted paga \$0 por el examen físico anual  Usted paga \$25	Usted paga \$0 Usted paga \$0 por el examen físico anual  Usted paga \$0

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<p><b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b> (servicios que lo mantienen saludable)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de densidad ósea</li> <li>Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>Examen de chequeo cardiovascular</li> <li>Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>Examen de detección de depresión</li> <li>Examen de detección de diabetes</li> <li>Examen de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19</li> <li>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez)</li> <li>Visita de “bienestar” anual</li> </ul> <p>Y todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de densidad ósea</li> <li>Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>Examen de chequeo cardiovascular</li> <li>Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>Examen de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>Examen de detección de depresión</li> <li>Examen de detección de diabetes</li> <li>Examen de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>Vacunas incluidas: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19</li> <li>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez)</li> <li>Visita de “bienestar” anual</li> </ul> <p>Y todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato tendrán cobertura.</p>
<p><b>ATENCIÓN DE EMERGENCIA</b></p>	<p>Usted paga \$95</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 \$95</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><b>SERVICIOS URGENTEMENTE NECESARIOS</b></p>	<p>Usted paga \$35</p>	<p>Usted paga \$0</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<p><b>IMÁGENES/ANÁLISIS DE LABORATORIO/SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b> (Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Pueden requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía computada):</li> <li>• Servicios de laboratorio:</li> <li>• Análisis de diagnóstico y procedimientos:</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios:</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radiación para el cáncer):</li> </ul>	<p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga \$0 o \$15</p> <p>Usted paga \$0 o \$45</p> <p>Usted paga \$25 o el 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p>	<p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga \$0 o \$15</p> <p>Usted paga \$0 o \$45</p> <p>Usted paga \$0 o el 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p>
<p><b>SERVICIOS DE AUDICIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</li> <li>• Examen auditivo de rutina (hasta uno por año):</li> <li>• Evaluación/adaptación de audífonos (hasta una por año):</li> <li>• Audífonos (limitados a dos, uno para cada oído):</li> </ul>	<p>Usted paga \$25</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$2,400 cada tres años para audífonos.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$3,000 cada tres años para audífonos.</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<b>SERVICIOS DENTALES</b>		
Sin límite de dólares al año		
Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (hasta una cada seis meses):</li> </ul>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía(s) bucal(es) estándar (hasta una cada seis meses):</li> </ul>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con fluoruro (hasta uno cada seis meses):</li> </ul>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal (hasta uno cada seis meses):</li> </ul>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Servicios dentales integrales: (podrían requerir aprobación)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios reconstructivos:</li> </ul>	Usted paga \$0 - \$125 según el procedimiento	Usted paga \$0 - \$125 según el procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia:</li> </ul>	Usted paga \$0 - \$20 según el procedimiento	Usted paga \$0 - \$20 según el procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodoncia:</li> </ul>	Usted paga \$0 - \$150 según el procedimiento	Usted paga \$0 - \$150 según el procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones:</li> </ul>	Usted paga \$0 - \$50 según el procedimiento	Usted paga \$0 - \$50 según el procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios:</li> </ul>	Usted paga \$0 - \$150 según el procedimiento	Usted paga \$0 - \$150 según el procedimiento

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<p><b>SERVICIOS DE LA VISIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluido el control anual de glaucoma):</li> <li>Examen ocular de rutina (hasta uno por año):</li> </ul> <p>Accesorios para la vista de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto:</li> <li>Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas:</li> </ul>	<p>Usted paga \$25</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Un par hasta \$300 de límite por plan anual</p> <p>Usted paga \$25</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Un par hasta \$150 de límite por plan anual</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de paciente ingresado:</li> <li>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios:</li> <li>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (en el consultorio/virtual):</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por ingreso de salud mental del paciente hospitalizado.</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 \$25</p> <p>Usted paga \$25</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por ingreso de salud mental del paciente hospitalizado.</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>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<b>CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF)</b> (podría requerir aprobación)	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted paga \$0 por día del día uno al día 20 Usted paga \$196 por día del día 21 al día 100	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted paga \$0 por día del día uno al día 20 Usted paga \$196 por día del día 21 al día 100
<b>FISIOTERAPIA</b> (podría requerir aprobación)  • Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:	Usted paga \$25	Usted paga \$0
<b>AMBULANCIA</b> (podría requerir aprobación; no se exime en caso de internación)  • Terrestre:  • Aérea:	Usted paga \$100  Usted paga 20 % del costo	Usted paga \$75  Usted paga 20 % del costo
<b>TRANSPORTE</b>	Sin cobertura	Sin cobertura

### MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE B

<b>MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS DE LA PARTE B:</b> (podría requerir aprobación)	Usted paga el 10 % del costo en el domicilio y el 20 % del costo en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro de pacientes ambulatorios. Estos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado y/o aprobación previa.
--	--



## Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Gold (HMO) y EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

### MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

Nuestro plan agrupa cada medicamento en una de seis “categorías” (niveles). Tendrá que usar la farmacopea (lista de medicamentos cubiertos) para saber en qué categoría se encuentra un medicamento.

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la categoría en el que se encuentre su medicamento y en qué etapa del beneficio usted se encuentre. Hay cuatro etapas en su cobertura de medicamentos con receta Parte D.

### CUATRO ETAPAS DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS

#### Deducible

El deducible es el importe que usted paga antes de que su plan pague por los servicios cubiertos. Este deducible se aplica a farmacias minoristas y la entrega a domicilio.

#### Costo compartido minorista

No hay deducible para los medicamentos de la categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos), la categoría 2 (medicamentos genéricos) y la categoría 6 (medicamentos de atención selecta).

Se aplica un deducible de **\$200** para los medicamentos de la categoría 3 (de marca preferidos), de la categoría 4 (medicamentos no preferidos) y de la categoría 5 (medicamentos especializados).

#### Cobertura inicial

Después de alcanzar su deducible, pasará a una etapa de cobertura inicial.

En esta etapa, usted y el plan comparten los costos de algunos de los medicamentos cubiertos hasta que los costos totales de los medicamentos, incluido el deducible, alcancen **\$4,355**. Los costos totales de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagan lo ayudarán a alcanzar la interrupción de cobertura.

Categoría	EmblemHealth VIP Gold (HMO) y EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)				
	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,355 para un suministro para 30 días		Interrupción de cobertura superior a \$4,355	Cobertura contra catástrofes superior de \$7,400
	Usted paga	Preferidos	Estándar	Usted paga	Usted paga
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$7	25 %	5 % o \$4.15
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$10	\$20	25 %	5 % o \$4.15
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos*	\$200	\$40	\$47	25 %	5 % o \$10.35
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$200	\$95	\$100	25 %	5 % o \$4.15 para medicamentos genéricos/preferidos de diversos laboratorios 5 % o \$10.35 por todos los demás medicamentos
Categoría 5: Medicamentos especializados	\$200	29 %	29 %	25 %	5 % o \$4.15 para medicamentos genéricos/preferidos de diversos laboratorios 5 % o \$10.35 por todos los demás medicamentos
Categoría 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0	\$0	5 % o \$4.15

\*\$35 para insulinas y \$0 para vacunas elegibles sin deducible

## Medicamentos con receta para EmblemHealth VIP Gold (HMO) y EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

### Costo compartido por pedido por correo preferido

Categoría	EmblemHealth VIP Gold (HMO) y EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)		
	Deducible	Cobertura inicial \$0-\$4,355	
Suministro mensual	Usted paga	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$0
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos*	\$200	\$40	\$120
Categoría 4: Medicamentos no preferidos	\$200	\$95	\$285
Categoría 5: Medicamentos especializados	\$200	29 %	No disponible en un suministro a largo plazo
Categoría 6: Medicamentos de atención selecta	\$0	\$0	\$0

\*\$35 para insulinas y \$0 para vacunas elegibles sin deducible por suministro de 30 días

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo o usa una farmacia de pedidos por correo no preferida, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

### Interrupción de cobertura

La interrupción de cobertura (que también se llama “período sin cobertura”) comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (junto con lo que paga nuestro plan y lo que paga usted) alcanza los **\$4,355**.

Durante la interrupción de cobertura, usted paga \$0 por medicamentos de atención selecta (categoría 6) y el 25 % de los costos del plan para todos los demás medicamentos. El descuento del 70 % para los medicamentos de marca que paga el fabricante del medicamento, combinado con el 25 % que paga usted, cuenta para sus gastos de bolsillo reales (TrOOP). Esto le ayuda a salir de la interrupción de cobertura. **No todos alcanzan un período de interrupción de cobertura.**

### Cobertura contra catástrofes

Después de que sus gastos de bolsillo reales (TrOOP) de los medicamentos alcancen los **\$7,400**, su participación en los costos será el importe mayor de **\$4.15** o el **5 %** para medicamentos genéricos o medicamentos preferidos de diversos laboratorios, y de **\$10.35** o el **5 %** para todos los demás medicamentos.

### Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta Ayuda Adicional

Ayuda Adicional es un programa de Medicare gratuito conocido como Subsidio por bajos ingresos (LIS). Ayuda a las personas de ingresos y recursos bajos o limitados a pagar los costos del plan de medicamentos de Medicare Parte D.

### ¿Qué obtiene con la Ayuda Adicional?

- Pago del 75 % o más de los costos de sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la prima mensual de sus medicamentos con receta (**la cantidad que paga cada mes**).
- Pago de su deducible anual (**la cantidad que usted paga antes de que su plan comience a pagar**).
- Pago de gastos de coseguro (**el porcentaje que usted paga por sus medicamentos con receta**).
- Sin interrupción de cobertura.

### Califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional si:

- Tiene cobertura total de Medicaid.
- Obtiene ayuda a través del programa Medicaid estatal para pagar sus primas de la Parte B, en un programa de ahorros de Medicare.
- Recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Muchas otras personas con ingresos bajos o limitados también califican para recibir Ayuda Adicional y no lo saben.

Puede solicitar estos programas sin costo. Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**). También puede hacer su solicitud en línea en [ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/](https://ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp/).

## Beneficios adicionales

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<b>ACUPUNTURA</b> (podría requerir aprobación)	Usted paga \$10 por hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).	Usted paga \$10 por hasta 20 visitas por dolor lumbar crónico cada año (máximo de 12 visitas en 90 días).
<b>ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA</b> (podría requerir aprobación)  Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna están fuera de lugar):	Usted paga \$10	Usted paga \$0
<b>ATENCIÓN DE PODOLOGÍA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o reúne algunas afecciones:</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies (hasta cuatro visitas por año):</li> </ul>	Usted paga \$25  Usted paga \$25  El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.	Usted paga \$0  Usted paga \$0  El cuidado de los pies incluye la extirpación de callos y el corte de uñas.
<b>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR</b> (podría requerir aprobación)	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>HOSPICIO</b>	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.	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.

## Beneficios adicionales (continuación)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<p><b>SUMINISTROS/EQUIPOS MÉDICOS</b></p> <p>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) (podría requerir aprobación)</p> <p>Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) (podrían requerir aprobación):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos protésicos:</li> <li>• Suministros médicos relacionados:</li> </ul> <p>Servicios y suministros para la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de la diabetes: (limitados a las marcas Abbott)</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes:</li> <li>• Plantillas o zapatos terapéuticos:</li> </ul>	<p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga 20 % del costo</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p><b>DIÁLISIS RENAL</b></p>	<p>Usted paga 20 % del costo</p>	<p>Usted paga 20 % del costo</p>
<p><b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acondicionamiento físico:</li> <li>• Línea directa:</li> <li>• Teladoc®:</li> </ul>	<p>SilverSneakers® — Usted paga \$0</p> <p>Línea directa de enfermería las 24 horas — Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$45</p>	<p>SilverSneakers® — Usted paga \$0</p> <p>Línea directa de enfermería las 24 horas — Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$45</p>
<p><b>ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b> (podría requerir aprobación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de terapia grupal:</li> <li>• Visita de terapia individual: (en el consultorio/virtual)</li> </ul>	<p>Usted paga \$25</p> <p>Usted paga \$25</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>

## Beneficios adicionales (continuación)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP GOLD (HMO)	EMBLEMHEALTH VIP GOLD PLUS (HMO)
<p><b>COBERTURA DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA EN TODO EL MUNDO</b></p> <p>Existe un límite anual de \$50,000 combinado para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia terrestre de emergencia fuera de los Estados Unidos. No tiene cobertura para servicios de ambulancia aérea fuera de los Estados Unidos. Consulte la página III - 8 para obtener información adicional sobre costos compartidos para servicios de ambulancia.</p>	<p>Usted paga \$95</p> <p>Usted paga \$0 si ingresa en un día</p>	<p>Usted paga \$95</p> <p>Usted paga \$0 si ingresa en un día</p>

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 es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Teladoc y las marcas relacionadas son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. y son utilizadas por EmblemHealth con su autorización.

# Lista de verificación previa a la inscripción 2023

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 **800-447-5496** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

## Información sobre los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante evaluar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **[emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare)** o llame al **800-447-5496** (TTY: **711**) para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- Consulte el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente consulta estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- Consulte el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus recetas.
- Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## 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 o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- 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).