



# Resumen de beneficios

**EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP) 2019**  
**EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP) 2019**

Efectivo del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019





## **El presente documento es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP) y EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP).**

HIP Health Plan of New York (HIP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una compañía de EmblemHealth. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **877-344-7364** (TTY: **711**) para obtener más información.

Para obtener una lista completa de los beneficios que cubrimos, llámenos y pregunte por la "Evidencia de cobertura" (EOC). También puede consultar la EOC en línea en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

**Para unirse a EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, tener la cobertura completa de Medicaid y vivir en nuestra área de servicio.

**Para unirse a EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B, tener la cobertura de Medicaid completa o parcial y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio de **EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)** incluye los siguientes condados de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester.

El área de servicio de **EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)** incluye los siguientes condados de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester.

Los planes **EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)** y **EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)** no requieren referencias.

Si desea conocer más sobre los beneficios, servicios y costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare y Usted" actual. Consúltelo en línea en [medicare.gov](http://medicare.gov) u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si usted utiliza un TTY, llame al **877-486-2048**.

Para obtener más información, llame a EmblemHealth al **877-344-7364** (TTY: **711**) o visite [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare).

<b>Beneficio</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	Este plan no tiene ninguna prima Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B Medicaid paga su prima de Medicare Parte B en su nombre	Este plan no tiene ninguna prima Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B Es posible que Medicaid pague su prima de Medicare Parte B en su nombre
<b>Deducible</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0 o \$225
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye los medicamentos de receta)	Usted no paga más de \$6,700 anualmente	Usted no paga más de \$6,700 anualmente
<b>Cuidado de hospital de paciente ingresado*</b>	Usted paga un copago de \$0	Usted está cubierto por un período ilimitado Usted paga un copago de \$0 o \$310 por día para los días 1 a 6 Usted paga \$0 por día para los días 7 a 90.
<b>Cuidado de hospital de paciente ambulatorio*</b>	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0 o \$45 por los servicios no quirúrgicos Usted paga un copago de \$0 o \$295 por los servicios quirúrgicos
<b>Visitas médicas</b> • Atención primaria • Especialistas	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 o \$45
<b>Atención preventiva</b> (Hay otros servicios preventivos disponibles. Algunos servicios cubiertos tienen un costo).	Usted paga un copago de \$0 por: <ul style="list-style-type: none"><li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li><li>• Medición de la masa ósea</li><li>• Chequeo de cáncer de seno</li><li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li><li>• Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal</li><li>• Chequeo de cáncer colorrectal</li><li>• Examen de detección de diabetes</li><li>• Prueba de detección de VIH</li><li>• Chequeo de cáncer de próstata</li><li>• Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo</li></ul>	Usted paga un copago de \$0 por:

\*Para este beneficio se requiere autorización previa.

<b>Beneficio</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0 o \$90 Si se le ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas después de una emergencia, usted paga \$0
<b>Servicios urgentes y necesarios</b>	Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0 o \$30
<b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y pruebas de diagnóstico por imagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico*</li> <li>• Servicios de laboratorio*</li> <li>• Radiología diagnóstica</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0  Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0  Usted paga un copago de \$0	Usted paga un copago de \$0 o \$15  Usted paga un copago de \$0 o \$15  Usted paga \$0 o el 20% de coseguro  Usted paga \$0 o el 20% de coseguro
<b>Servicios de la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina</li> <li>• Audífono</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina al año Asignación total de \$750 al año para audífonos	Usted paga un copago de \$0 o \$40 Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina al año Asignación total de \$350 al año para audífonos
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen bucal y limpieza</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios integrales</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0  No cubierto  No cubierto  Hasta \$425 al año	Usted paga un copago de \$0  Usted paga un copago de \$0 por un examen cada seis meses Usted paga un copago de \$0 por una serie al año  No cubierto
<b>Servicios de la visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la visión cubierto por Medicare</li> <li>• Examen de la visión de rutina</li> <li>• Anteojos (armaduras y lentes)</li> </ul>	Usted paga un copago de \$0  Usted paga un copago de \$0 por un examen al año \$100 al año para compra	Usted paga un copago de \$0 o \$45  Usted paga un copago de \$0 por un examen al año \$200 al año para compra

\*Para este beneficio se requiere autorización previa.

<b>Beneficio</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<p><b>Servicios de la salud mental*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud mental de paciente ingresado</li> <li>• Terapia de grupo de paciente ambulatorio</li> <li>• Terapia individual</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por período de beneficios</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0</p>	<p>Copago de \$0 o \$275 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p> <p>Usted paga un copago de \$0 o \$40</p> <p>Usted paga un copago de \$0 o \$40</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada*</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por estancias de hasta 100 días</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Usted paga \$0 o \$138 de copago por día para los días 21 a 100</p>
<p><b>Terapia física*</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 6 visitas</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$40</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 6 visitas</p>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o \$225</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>No cubierto</p>	<p>Cobertura limitada a 14 viajes de ida al año a centros aprobados por el plan</p>
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B*</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por medicamentos de quimioterapia</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por otros medicamentos de Parte B</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia</p> <p>Usted paga el 0% o el 20% del costo de otros medicamentos de Parte B</p>
<p><b>Artículos de venta libre</b></p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Beneficio mensual de hasta \$60 al mes</p> <p>El saldo no se acumula de mes a mes</p>	<p>No cubierto</p>

\*Para este beneficio se requiere autorización previa.

Beneficios de medicamentos de receta	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)			EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)		
MEDICAMENTOS DE RECETA DE PACIENTE AMBULATORIO						
Deducible						
	Usted paga \$0			Usted paga \$0		
Cobertura inicial						
	Suministro de 30 días de medicamentos de receta en una farmacia minorista estándar <sup>†</sup>	Suministro de 90 días a través del programa de pedidos por correo	Suministro de 31 días en una farmacia de atención de largo plazo <sup>†</sup>	Suministro de 30 días de medicamentos de receta en una farmacia minorista estándar <sup>†</sup>	Suministro de 90 días a través del programa de pedidos por correo	Suministro de 31 días en una farmacia de atención de largo plazo <sup>†</sup>
<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	Copago de \$0, \$1.25 o \$3.40	Copago de \$0, \$1.25 o \$3.40	Copago de \$0, \$1.25 o \$3.40	Copago de \$0, \$1.25 o \$3.40	Copago de \$0, \$1.25 o \$3.40	Copago de \$0, \$1.25 o \$3.40
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$0, \$3.80 o \$8.50	Copago de \$0, \$3.80 o \$8.50	Copago de \$0, \$3.80 o \$8.50	Copago de \$0, \$3.80 o \$8.50	Copago de \$0, \$3.80 o \$8.50	Copago de \$0, \$3.80 o \$8.50
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos	Copago de \$0 a \$8.50	Copago de \$0 a \$8.50	Copago de \$0 a \$8.50	Copago de \$0 a \$8.50	Copago de \$0 a \$8.50	Copago de \$0 a \$8.50
<b>Nivel 5</b> Medicamentos especiales	Copago de \$0 a \$8.50	El suministro de largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5	De \$0 a \$8.50	Copago de \$0 a \$8.50	El suministro de largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5	
Interrupción de cobertura						
<p>En los planes EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP) y EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP), no hay interrupción de cobertura. Una vez que deje la etapa de cobertura inicial, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.</p>						

<sup>†</sup> Los copagos se repartirán de forma proporcional si se receta un suministro de menos de un mes.

## COBERTURA CATASTRÓFICA

(Una vez que sus gastos de bolsillo alcancen el límite anual de \$5,100 para el año calendario)

Una vez que haya alcanzado la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa en **EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)**, el plan pagará **todos** los costos de sus medicamentos.

Durante esta etapa en **EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)**, el plan pagará **la mayoría** de los costos de sus medicamentos.

**La parte** del costo que le corresponderá pagar por un medicamento cubierto será:

- \$0, o
- Un seguro o un copago, lo que constituya un importe mayor:
  - un coseguro del 5% del costo del medicamento o
  - \$3.40 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$8.50 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

**SÍRVASE TOMAR NOTA:** Los copagos y el coseguro pueden variar dependiendo del nivel de ayuda extra que usted reciba. En el estado de Nueva York, cuando un proveedor que no pertenece a la red acepta a un beneficiario de Medicaid como paciente, el proveedor tiene prohibido exigir al beneficiario ninguna compensación monetaria aparte de los copagos aplicables de Medicaid. Dado que usted está cubierto por Medicaid, tiene derecho a recibir beneficios médicos, inclusive la cobertura del costo compartido, del estado de Nueva York. Para obtener una descripción de lo que cubren Medicaid y EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate, consulte la Evidencia de cobertura. Puede consultar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en **[emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare)**. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al **718-557-1399**.





## **RESUMEN DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID**

A continuación, se describen los beneficios cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del presente Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada uno de los beneficios enumerados a continuación, puede ver lo que cubren la cobertura Medicaid del estado de Nueva York y nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Los beneficios marcados con un asterisco (\*) pueden no estar disponibles para todas las personas inscritas. Independientemente de su nivel de elegibilidad para Medicaid, EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate y EmblemHealth Affinity Medicare Solutions cubrirán los beneficios descritos en las secciones de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del presente Resumen de beneficios. Sus copagos de Medicare variarán en función de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Cuidado de hospital de paciente ingresado, inclusive los servicios por abuso de sustancias y de rehabilitación</b></p> <p>Hasta 365 días al año (366 en año bisiesto).</p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Estancia hospitalaria de paciente ingresado:</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Estancia hospitalaria de paciente ingresado:</p> <p>Copago de \$0 o \$310 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p>
<p><b>Servicios de salud mental de paciente ingresado</b></p> <p>Atención médicamente necesaria, inclusive los días que excedan el máximo de 190 días a lo largo de su vida de Medicare.</p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los servicios cubiertos por Medicare hasta 90 días a lo largo de su vida en un hospital psiquiátrico</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los servicios cubiertos por Medicare, hasta 90 días de su vida en un hospital psiquiátrico</p> <p>Copago de \$0 o \$275 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<p><b>Centro de enfermería especializada</b></p> <p>Atención de centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. No se requiere una estancia hospitalaria anterior.</p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios</p> <p>No se requiere una estancia hospitalaria anterior</p> <p>Copago de \$0 por estancias de hasta 100 días.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios</p> <p>No se requiere una estancia hospitalaria anterior</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$0 o \$138 por día para los días 21 a 100</p>
<p><b>Salud en el hogar</b></p> <p>Atención médicamente necesaria e intermitente de enfermería especializada, servicios de asistencia de salud en el hogar y servicios de rehabilitación. También incluye servicios de salud en el hogar no cubiertos por Medicare (p. ej., servicios de asistencia de salud en el hogar con supervisión de personal de enfermería para personas médicamente inestables).</p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre las visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Cubierto 6 horas al día durante los 7 días siguientes a una hospitalización sin autorización previa</p> <p>Se requiere autorización para todos los servicios que excedan la primera semana de hospitalización</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre las visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Cubierto 6 horas al día durante los 7 días siguientes a una hospitalización sin autorización previa</p> <p>Se requiere autorización para todos los servicios que excedan la primera semana de hospitalización</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<p><b>Enfermería privada</b></p> <p>Se pueden proporcionar servicios médicamente necesarios de enfermería privada a través de una agencia de cuidado de la salud en el hogar aprobada y certificada o de un médico privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, continuos o a tiempo parcial, y deben prestarse en el hogar de la persona inscrita, de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico tratante, el auxiliar médico registrado o la enfermera certificada.</p>	Cubierto	No cubierto	No cubierto

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Servicios de salud mental de paciente ambulatorio</b></p> <p>Sesiones de terapia grupal e individual. La persona inscrita debe poder referirse por cuenta propia para una evaluación de un proveedor de la red en un período de 12 meses.</p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre las sesiones de terapia grupal o individual cubiertas por Medicare</p> <p>Sesión de terapia grupal o individual de paciente ambulatorio: Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 20 sesiones</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre las sesiones de terapia grupal o individual cubiertas por Medicare</p> <p>Sesión de terapia grupal o individual de paciente ambulatorio: Copago de \$0 o \$40</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 20 sesiones</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias de paciente ambulatorio</b></p> <p>Sesiones de terapia grupal e individual. La persona inscrita debe poder referirse por cuenta propia para una evaluación de un proveedor de la red en un período de 12 meses.</p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre las sesiones de terapia grupal o individual cubiertas por Medicare</p> <p>Sesión de terapia grupal o individual: Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 20 sesiones</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre las sesiones de terapia grupal o individual cubiertas por Medicare</p> <p>Sesión de terapia grupal o individual: Copago de \$0 o \$40</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 20 sesiones</p>

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Equipo médico duradero (DME)</b></p> <p>Los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, inclusive los dispositivos y equipos que no constituyen material médico/quirúrgico, fórmulas enterales y dispositivos protésicos u ortóticos, que cumplen las siguientes características: pueden utilizarse repetidamente durante un período de tiempo prolongado; se utilizan principal y habitualmente con fines médicos; por lo general, no son de utilidad para personas que no sufren ninguna enfermedad o lesión; y normalmente están hechos a medida, diseñados o ajustados para uso particular de una persona. Debe solicitarlos un médico calificado. No se aplica ningún requisito previo de confinamiento en el hogar y se incluye el DME no cubierto por Medicare que cubre Medicaid (p. ej., taburetes de ducha y barras de seguridad).</p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los artículos cubiertos por Medicare</p> <p>0% del costo</p> <p>Se requiere autorización para todos los alquileres y compras de DME que superen los \$500</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los artículos cubiertos por Medicare</p> <p>0% o 20% del costo</p> <p>Se requiere autorización para todos los alquileres y compras de DME que superen los \$500</p>

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Prótesis</b></p> <p>Prótesis, dispositivos ortóticos y calzado ortopédico cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los artículos cubiertos por Medicare</p> <p>0% del costo</p> <p>Se requiere autorización para todas las compras de prótesis o material médico que superen los \$500</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los artículos cubiertos por Medicare</p> <p>0% o 20% del costo</p> <p>Se requiere autorización para todas las compras de prótesis o material médico que superen los \$500</p>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al consultorio médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al especialista para los beneficios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al consultorio médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 o \$45 por cada visita al especialista para los beneficios cubiertos por Medicare</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<b>Servicios/Cirugía de paciente ambulatorio</b>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por los servicios no quirúrgicos, como las pruebas de diagnóstico</p> <p>Copago de \$0 por cada cirugía o visita hospitalaria de paciente ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 o \$195 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 o \$45 por los servicios no quirúrgicos, como las pruebas de diagnóstico</p> <p>Copago de \$0 o \$295 por cada cirugía o visita hospitalaria de paciente ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa</p>



Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio</b></p> <p>Las sesiones ocupacionales, físicas y del habla están limitadas a 40 visitas por terapia al año, excepto para los menores de 21 años, a menos que la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo haya determinado que usted padece una discapacidad del desarrollo, o que tenga una lesión cerebral traumática.</p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para las sesiones de terapia ocupacional, física y/o del habla, y de terapia del lenguaje cubiertas por Medicare</p> <p>Se cubrirá una sesión de terapia ocupacional sin necesidad de autorización durante la primera semana después de una hospitalización, en función del diagnóstico de alta. Esta sesión sirve para evaluar la necesidad de servicios adicionales</p> <p>Se requerirá autorización después de las primeras seis sesiones</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 o \$40 para las sesiones de terapia ocupacional, física y/o del habla, y de terapia del lenguaje cubiertas por Medicare</p> <p>Se cubrirá una sesión de terapia ocupacional sin necesidad de autorización durante la primera semana después de una hospitalización, en función del diagnóstico de alta. Esta sesión sirve para evaluar la necesidad de servicios adicionales</p> <p>Se requerirá autorización después de las primeras seis sesiones</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para los viajes en ambulancia cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 o \$225 para los viajes en ambulancia cubiertos por Medicare</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<b>Atención de emergencia</b>	Cubierto No cubierto fuera de los EE. UU.	Cubierto Copago de \$0 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare Límite anual de cobertura de \$6,000 para servicios de emergencia fuera de los EE. UU.	Cubierto Copago de \$0 o \$90 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare Límite anual de cobertura de \$6,000 para servicios de emergencia fuera de los EE. UU. Si se le ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted paga un copago de \$0
<b>Atención urgente</b>	Cubierto	Cubierto Copago de \$0 por las visitas de atención urgente cubiertas por Medicare	Cubierto Copago de \$0 o \$20 por las visitas de atención urgente cubiertas por Medicare Si se le ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted paga un copago de \$0

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Dental</b></p> <p>La atención dental cubierta por Medicaid, que incluye servicios preventivos, profilácticos y otros servicios dentales de rutina necesarios, así como servicios, materiales y prótesis dentales para aliviar afecciones graves. Los servicios dentales quirúrgicos tanto de paciente ambulatorio como de paciente ingresado están sujetos a autorización previa.</p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los beneficios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>En general, el plan no cubre los beneficios dentales preventivos (como las limpiezas)</p> <p>El plan cubre hasta \$425 de beneficios dentales integrales</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los beneficios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen bucal cada seis meses</li> <li>• Una limpieza cada seis meses</li> <li>• Una radiografía dental al año</li> </ul>

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Servicios de la audición</b></p> <p>Los servicios y productos de la audición cubiertos por Medicaid siempre que sean médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por una pérdida o deterioro de la audición. Estos servicios incluyen la selección, el ajuste y el surtido de audífonos; la revisión, evaluación de cumplimiento y reparación de audífonos; servicios de audiología, inclusive exámenes y pruebas, y la evaluación y prescripción de audífonos; y dispositivos de audición como audífonos, moldes auditivos, accesorios especiales y piezas de repuesto.</p>	Cubierto	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por los exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por las pruebas de la audición de rutina (una al año). Al año se cubre un ajuste/ evaluación de la audición para un audífono.</p> <p>Asignación anual para audífonos de \$750 en total para ambos oídos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 o \$40 por los exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por las pruebas de la audición de rutina (una al año). Al año se cubre un ajuste/ evaluación de la audición para un audífono.</p> <p>Asignación anual para audífonos de \$350 en total para ambos oídos</p>

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Servicios de atención de la visión</b></p> <p>Los servicios de optometristas, oftalmólogos y proveedores oftálmicos, que incluyen anteojos, lentes de contacto y de policarbonato médicamente necesarias, ojos artificiales (industriales o hechos a medida), y ayudas y servicios para la visión reducida. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de piezas y exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos y/o enfermedades de la vista. Solamente se cubrirá una refracción cada dos años, a menos que esté justificada como médicamente necesaria. No es necesario cambiar de anteojos más de una vez cada dos años, a menos que el cambio sea médicamente necesario o que los anteojos se hayan perdido, dañado o destruido.</p>	<p>Cubierto</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares</p> <p>Copago de \$0 por un examen de la visión de rutina al año</p> <p>Asignación anual de \$100 para productos para la visión. Los productos para la visión incluyen lentes de contacto, anteojos, armaduras, lentes, y anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 o \$45 por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares</p> <p>Copago de \$0 por un examen de la visión de rutina al año</p> <p>Asignación anual de \$200 para productos para la visión. Los productos para la visión incluyen lentes de contacto, anteojos, armaduras, lentes, y anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</p>

Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<b>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radiología</b>	Cubierto	Dentro de la red Copago de \$0	Dentro de la red Para servicios cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio: Copago de \$0 o \$15</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Copago de \$0 o \$15</li> <li>• Radiografías de paciente ambulatorio: 0% o 20% del costo</li> <li>• Servicios de radiología diagnóstica: 0% o 20% del costo</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica: 0% o 20% del costo</li> </ul>
<b>Medición de la masa ósea</b>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
<b>Chequeos colorrectales</b>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
<b>Vacunaciones</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare	Cubierto El copago de ayuda extra de Medicare es aplicable a las vacunas de Medicare Parte D	Las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo están cubiertas sin costo alguno para usted  El copago de ayuda extra de Medicare es aplicable a las vacunas de Medicare Parte D

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<b>Mamografías</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare	Cubierto	Cubierto
<b>Citologías vaginales y exámenes pélvicos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare	Cubierto	Cubierto
<b>Chequeo de cáncer de próstata</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare	Cubierto	Cubierto
<b>Medicamentos de receta</b>	Medicaid <b>no</b> cubre los medicamentos ni copagos cubiertos por Medicare Parte D. Los beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la legislación estatal (Medicare Parte D no incluye determinadas categorías de medicamentos). El plan cubre determinados materiales médicos y fórmulas enterales no cubiertos por Medicare.	Cubierto	Cubierto

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<p><b>Medicamentos de venta libre</b></p>	<p>Determinados medicamentos de venta libre están cubiertos por su tarjeta de beneficios Medicaid</p>	<p>Asignación de \$60 al mes para artículos de venta libre</p> <p>El saldo no se acumula de mes a mes</p>	<p>No cubierto</p>
<p><b>Servicios de hospicio</b></p>	<p>Cubierto</p>	<p>No cubierto</p>	<p>No cubierto</p>
<p><b>Transporte de no emergencia</b></p> <p>El transporte esencial para que una persona inscrita obtenga atención y servicios médicos necesarios bajo los beneficios del plan. Incluye el transporte en miniambulancia, coche para minusválidos, taxi, transporte público o cualquier otro medio apropiado para la afección médica de la persona inscrita, así como un asistente de transporte para acompañar a la misma en caso necesario.</p>	<p>Cubierto</p>	<p>No cubierto</p>	<p>Hasta 14 viajes de ida al año a centros aprobados y cubiertos por el plan</p>



Beneficio	Cargo por servicio de Medicaid	EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)	EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)
<p><b>Servicios de planificación familiar fuera de la red</b></p> <p>Proporcionados en virtud de las disposiciones de acceso directo de la exención</p>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<p><b>Servicios de cuidado personal</b></p>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<p><b>Servicios de salud mental</b></p>	Cubierto	<p>Los servicios cubiertos incluyen, a lo largo de su vida, hasta 190 días de cuidados de la salud mental de paciente ingresado, en un hospital psiquiátrico</p> <p>Estancia hospitalaria de paciente ingresado:</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p> <p>Sesión de terapia grupal o individual de paciente ambulatorio:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 20 sesiones</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen, a lo largo de su vida, hasta 190 días de cuidados de la salud mental de paciente ingresado, en un hospital psiquiátrico</p> <p>Estancia hospitalaria de paciente ingresado:</p> <p>Copago de \$0 o \$275 por día para los días 1 a 6</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p> <p>Sesión de terapia grupal o individual de paciente ambulatorio:</p> <p>Copago de \$0 o \$40</p> <p>Se requiere autorización después de las primeras 20 sesiones</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Cargo por servicio de Medicaid</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Ultimate (HMO SNP)</b>	<b>EmblemHealth Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)</b>
<b>Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (MMTP)</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Administración de casos integral de Medicaid</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Terapia de observación directa para tratar la tuberculosis (TB)</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Atención médica diurna para adultos con SIDA</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Administración de casos de pacientes con VIH bajo la cobertura COBRA</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Atención médica diurna para adultos</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto
<b>Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS)</b>	Cubierto	No cubierto	No cubierto





ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

### **中文 (Traditional Chinese)**

注意：如果您講中文，我們免費為您提供相關的語言協助服務。請致電 **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**)。

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. **1-877-411-3625** (служба текстового телефона, TTY/TDD: **711**).

### **Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

### **한국어 (Korean)**

주의: 귀하가 한국어를 사용하는 경우, 귀하에게 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-411-3625**(TTY/TDD: **711**)로 전화하십시오.

### **Italiano (Italian)**

ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiama il numero **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

### **אידיש (Yiddish)**

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, שפראך הילף סערוויסעס, אהן קיין פרייז, זיינען דא צו באקומען פאר אייך. רופט **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

### **বাংলা (Bengali)**

দৃষ্টি আকষণ: আপনি যদি বাংলা ভাষাভাষী হন, তাহলে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে, উপলব্ধ আছে। **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

### **Polski (Polish)**

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Proszę zadzwonić pod numer **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

### **العربية (Arabic)**

يرجى الانتباه: إذا كنت تتكلم اللغة العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بالرقم **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Y0026\_126476 Accepted 8/29/16

## Français (French)

ATTENTION : si vous parlez français, une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (Sourds et malentendants : **711**).

## اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ **1-877-411-3625** پر کال کریں۔ (ٹی ٹی وائی/ٹی ڈی ڈی: **711**)

## Tagalog (Tagalog)

NANANAWAGAN NG PANSIN: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

## Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε **1-877-411-3625** (για άτομα με προβλήματα ακοής/TTY/TDD: **711**).

## Shqip (Albanian)

VINI RE: Nëse flisni Shqip, shërbimi i asistencës për përkthim do të jetë në dispozicionin tuaj, pa pagesë. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

## Aviso de Política de no discriminación

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. EmblemHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

EmblemHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al **1-877-411-3625**.

Si considera que EmblemHealth no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: EmblemHealth Grievance and Appeals Department, PO Box 2844, New York, NY 10116, o llamar al **1-877-411-3625**. (TTY/TDD: **711**). Puede presentar el reclamo en persona, por correo postal, o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar el reclamo, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department (Departamento de Quejas y Apelaciones de EmblemHealth) está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019**, (TTY/TDD: **1-800-537-7697**).

Los formularios de quejas están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Y0026\_126477s NM



## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar alguna decisión en relación con la inscripción, es importante comprender plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, contacte con un agente de atención al cliente llamando al **877-344-7364** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

### Comprenda los beneficios

- Repase toda la lista de beneficios que encontrará en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los que habitualmente ve a un médico. Visite [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) o llame al **877-344-7364** (TTY: **711**) para ver una copia de la EOC.
- Repase el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que está viendo ahora están dentro de la red. Si no aparecen en el directorio, significa que probablemente deberá seleccionar a un nuevo médico.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que usted acude para obtener sus medicamentos de receta está dentro de la red. Si la farmacia no figura en el directorio, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para obtener sus medicamentos.

### Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Normalmente, esta prima se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- Es posible que los beneficios, las primas, y/o los copagos/coseguro cambien el 1 de enero de 2020.
- Excepto en situaciones urgentes o de emergencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Usted podrá inscribirse si se verifica que es elegible para Medicare, y para recibir asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid o ayuda con las primas de Medicare Parte B.





## **Contacto**

Para conocer más sobre los planes de EmblemHealth e inscribirse, llámenos al **800-447-5496** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

ATENCIÓN: En caso de que usted hable otro idioma, ofrecemos servicios de intérprete sin cargo para usted. Llame al 1-877-344-7364 (TTY: 711). ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-344-7364 (TTY: 711).