

2024 Resumen de Beneficios EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

¿QUIÉNES PUEDEN INSCRIBIRSE?

Para inscribirse en **EmblemHealth VIP Dual Reserve (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 incluye los siguientes condados de **Nueva York**: Bronx, Kings, Nueva York y Queens.

Este plan no requiere referidos.

Para inscribirse en este plan 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.

¿CUÁLES MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

El plan **EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP)** tiene 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 el plan **EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP)** deberá elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red VIP Reserve. 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**. 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.

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, 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., o visite nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura" (EOC). También puede ver la EOC 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** 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 RESERVE (HMO D-SNP)
<p>PRIMA MENSUAL DEL PLAN (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>DEDUCIBLE (El importe que usted paga antes de que su plan comience a pagar).</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>RESPONSABILIDAD DE GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO (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 los costos de su prima ni de sus medicamentos con receta).</p>	<p>\$8,850 por año para los servicios recibidos de centros y profesionales del cuidado de salud dentro de la red.</p>
<p>COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS (podría requerir aprobación).</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>COBERTURA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTE AMBULATORIO (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación en el hospital: • Hospital de pacientes ambulatorios: • Centro de cirugía ambulatoria o de corta estancia: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>VISITAS AL MÉDICO (en el consultorio/virtuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria (PCP): • Especialistas: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0 por el examen físico anual.</p> <p>Usted paga \$0</p>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL RESERVE (HMO D-SNP)
<p>ATENCIÓN PREVENTIVA (servicios que le mantienen saludable).</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</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: las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas y las vacunas contra el COVID-19. - 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>SERVICIOS URGENTEMENTE NECESARIOS</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>IMÁGENES/ANÁLISIS DE LABORATORIO/ SERVICIOS DIAGNÓSTICOS (Costos menores cuando se proporcionan en el consultorio de un médico o en un centro independiente. Podría 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>

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL RESERVE (HMO D-SNP)
<p>SERVICIOS DE AUDICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: 	Usted paga \$0
<p>SERVICIOS DENTALES 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 (una cada seis meses): Radiografía(s) bucal(es) (una cada seis meses): Tratamiento con fluoruro (uno cada seis meses): Examen bucal (uno cada seis meses): <p>SERVICIOS DENTALES INTEGRALES: (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de restauración: 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>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 (uno cada año): Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto: Anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto después de cirugía de cataratas: 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Un par hasta alcanzar el límite del plan de \$500 cada año.</p> <p>Usted paga \$0</p>

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

MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARTE D

Como miembro de **EmblemHealth VIP Dual Reserve (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 y de su nivel de Ayuda Adicional.

Nombre del nivel	Etapa de cobertura inicial	Etapa de interrupción de cobertura	Etapa de cobertura contra catástrofes
Deducible anual		\$0	
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Nivel 2: Medicamentos genéricos		\$0/\$1.55/\$4.50	
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Genéricos: \$0/\$1.55/\$4.50 De marca: \$0/\$4.60/\$11.20		\$0
Nivel 6: Medicamentos de atención selecta*		\$0	

* \$0 para vacunas elegibles sin deducible.

Su costo no cambiará sin importar dónde compre sus medicamentos con receta Parte D. Esto incluye nuestras farmacias “preferidas” o “estándar”, pedidos por correo, atención a largo plazo o infusión en el hogar. 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, siglas en inglés)

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, 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.
- Seguro Social al **800-772-1213** (TTY: **800-325-0778**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. O bien, visitando **ssa.gov**. El Seguro Social también puede proporcionarle una solicitud.

Beneficios adicionales

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL RESERVE (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).</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>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 (hasta cuatro visitas cada año): 	<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>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>

Beneficios adicionales (continuación)

BENEFICIO	EMBLEMHEALTH VIP DUAL RESERVE (HMO D-SNP)
<p>SUMINISTROS/EQUIPOS MÉDICOS</p> <p>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) (podría requerir aprobación):</p> <p>Aparatos protésicos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.; podría 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>DIÁLISIS RENAL</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>PROGRAMAS DE BIENESTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa: • Teladoc®: 	<p>Línea directa de enfermería las 24 horas — Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>ABUSO DE SUSTANCIAS DE PACIENTES AMBULATORIOS (podría requerir aprobación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia grupal: • Visita de terapia individual (en el consultorio/virtual): 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE (La cantidad no se transfiere de un mes a otro).</p>	<p>Incluye artículos de alimentos saludables. \$20 por mes</p>
<p>COBERTURA URGENTE Y DE EMERGENCIA EN TODO EL MUNDO</p>	<p>Usted paga \$0</p>

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP) tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. Debido a que la inscripción en este plan 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.

El tipo de beneficios de Medicaid que obtenga depende de su nivel de Medicaid. Su cobertura de Medicaid puede cambiar durante el año en función de sus ingresos o recursos. Es importante que renueve su cobertura de Medicaid regularmente. Si pierde su elegibilidad para Medicaid o ve a un proveedor que no acepta Medicaid, será responsable de su parte de los costos de los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. 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 Reserve (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 están cubiertos por Medicaid.

Beneficio

- Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos
- Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos con SIDA
- Servicios y productos de audiología, audífonos
- Profesionales autorizados para recetar buprenorfina
- Tratamiento y apoyo psiquiátrico comunitario (CPST de Adultos, siglas en inglés)
- Servicios de asistencia personalizada dirigidos al consumidor
- Servicios ordenados por la corte
- Servicios de intervención en crisis
- Servicios dentales
- Equipo médico duradero (DME, siglas en inglés)
- Servicios de apoyo educativo
- Servicios de emergencia
- Transporte de emergencia
- Servicios para el cuidado de la vista y la visión reducida
- Planificación familiar y servicios de salud reproductiva
- Soporte y capacitación familiar
- Servicios de cuidado de los pies
- Servicios de habilitación
- Comidas entregadas a domicilio
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Estadía como paciente hospitalizado pendiente nivel alternativo de atención médica
- Relevo de crisis intensiva
- Empleo intensivo respaldado
- Servicios de laboratorio
- Servicios médicos sociales
- Servicios de salud mental, incluida la atención para pacientes hospitalizados durante más de 190 días
- Servicios de comadrona
- Transporte que no sea de emergencia
- Servicios de profesional de enfermería practicante
- Servicios de observación
- Empleo con apoyo continuo
- Apoyo de pares
- Servicios de atención personal
- Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS, siglas en inglés)
- Servicios médicos
- Medicamentos con receta y de venta libre (OTC), suministros médicos y fórmula enteral
- Servicios de salud preventiva
- Servicios prevocacionales
- Servicios de enfermería privada (con base en la comunidad)
- Servicios protésicos/ortóticos/calzado ortopédico
- Rehabilitación psicosocial
- Servicios de radiología

Beneficio (Continuación)

- Servicios de rehabilitación
- Diálisis renal
- Servicios en centro residencial de cuidado de salud (hogar de ancianos) (RHCF, siglas en inglés)
- Relevo de crisis a corto plazo
- Productos para dejar de fumar
- Servicios de abuso de sustancias
- Empleo de transición
- Terapia de observación directa para la tuberculosis

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con 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. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

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 2024

Antes de tomar una decisión de 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 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** o llame al **877-344-7364** (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 esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que estén cubiertos.

Información sobre reglas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito/a en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica de Medicare Advantage actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar su póliza de Medigap porque pagaría una cobertura que no puede usar.
- 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 2025.
- 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. Usted podrá inscribirse luego de que se verifique que es elegible para Medicare y asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.