



Resúmenes de beneficios

Planes estándar individuales y familiares
para 2025



ÍNDICE

- 1** Introducción
- 3** Planes estándar
- 4** Aspectos importantes que debe saber
- 6** Resúmenes de beneficios
- 16** Tarifas de planes

Planes individuales y familiares de EmblemHealth

Durante más de 85 años, las empresas de EmblemHealth han ofrecido seguros de salud asequibles y de calidad a la comunidad de Nueva York.

Este folleto incluye el Resumen de beneficios de nuestros planes estándar individuales y familiares. Nuestros planes están diseñados para satisfacer sus necesidades de seguro de salud y su presupuesto.

¿Cómo me inscribo?

Inscribirse en un plan de EmblemHealth es fácil.

Para los planes disponibles a través de NY State of Health, visite nystateofhealth.ny.gov. Le recomendamos que averigüe si califica para recibir ayuda financiera para pagar su prima mensual, disponible a través de NY State of Health. Si es así, debe inscribirse en un plan a través del NY State of Health.

Si no califica, puede inscribirse en un plan directamente a través de EmblemHealth.

Antes de realizar solicitud alguna, recopile estos datos de cada miembro de su familia que necesite cobertura del cuidado de la salud:

- **Números de Seguro Social** (o documentación de inmigración en el caso de inmigrantes que residen de forma legal).
- **Información sobre el empleador y el ingreso** (por ejemplo, de los recibos de sueldo o W-2, declaraciones de salarios e impuestos).
- **Números de póliza** de todos los planes de seguro de salud actuales que cubran a los miembros de su familia.
- **Dirección permanente** (requerida para establecer una cuenta).
- **Dirección de correo electrónico** (se recomienda para mantener comunicaciones sobre su plan).

O bien, visite emblemhealth.com/individualsandfamilies para inscribirse. Si tiene preguntas sobre estos planes, puede comunicarse con nosotros al **888-447-7603** (TTY: **711**) los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Estos Resúmenes de beneficios solo contienen información general. Todos los planes están sujetos a los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones específicas de su contrato.



Planes estándar de EmblemHealth

Puede adquirir estos planes mediante NY State of Health o directamente a través de EmblemHealth:

EmblemHealth Select Care Platinum / EmblemHealth Select Care Platinum D	EmblemHealth Millennium Platinum / EmblemHealth Millennium Platinum D
EmblemHealth Select Care Gold / EmblemHealth Select Care Gold D	EmblemHealth Millennium Gold / EmblemHealth Millennium Gold D
EmblemHealth Select Care Silver / EmblemHealth Select Care Silver D	EmblemHealth Millennium Silver / EmblemHealth Millennium Silver D
EmblemHealth Select Care Bronze / EmblemHealth Select Care Bronze D	EmblemHealth Millennium Bronze / EmblemHealth Millennium Bronze D
EmblemHealth Select Care Catastrophic / EmblemHealth Select Care Catastrophic D	EmblemHealth Millennium Catastrophic / EmblemHealth Millennium Catastrophic D

Todos estos planes son planes de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO). Con los planes HMO, usted elige a un proveedor de atención primaria (PCP) que le brindará su atención diaria. Estos planes ofrecen beneficios dentales pediátricos para hijos de hasta 19 años de edad.

Ayuda para pagar su prima

El gobierno de los EE. UU. proporciona créditos fiscales a quienes califiquen para ayudar a las personas a pagar sus costos mensuales de un plan de salud. Si califica para un crédito fiscal, debe inscribirse en un plan a través de NY State of Health. Para obtener más información sobre la asistencia financiera, visite emblemhealth.com/plans/individuals-and-families/financial-help.

Los planes individuales y familiares de EmblemHealth utilizan la red Millennium o la red Select Care según el lugar donde viva el suscriptor del plan.

Área de servicio

Para inscribirse en un plan EmblemHealth Millennium, debe vivir en la ciudad de Nueva York (Brooklyn, el Bronx, Manhattan, Queens o Staten Island), Long Island (condados de Nassau o Suffolk), Rockland o en el condado de Westchester.

Para inscribirse en un plan EmblemHealth Select Care, debe vivir en los condados de Albany, Broome, Columbia, Delaware, Dutchess, Fulton, Greene, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren o Washington.

PUNTOS IMPORTANTES QUE DEBE CONOCER ACERCA DE ESTOS PLANES

Aquí hay algunos aspectos importantes que debe conocer acerca de estos planes:

- Debe seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) que participe en la red de su plan.
- Solo tiene cobertura dentro de la red, excepto que la atención hospitalaria para una afección de emergencia está cubierta dentro o fuera de la red.
- Necesitará un referido (o aprobación) de su PCP para consultar especialistas cuando sea necesario. Los especialistas son médicos que brindan otros servicios además de la atención primaria, como alergistas, dermatólogos o cardiólogos.
- Usted no necesita una aprobación para todos los servicios. Por ejemplo, no necesita una aprobación de su PCP para los siguientes servicios:
 - Servicios de quiropráctica.
 - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias.
 - Atención ginecológica y obstétrica primaria.
 - Exámenes de la visión refractivos, realizados por un optometrista, para hijos cubiertos. (Esta cobertura solo rige hasta el final del mes en el que el hijo cumple 19 AÑOS).
 - Exámenes de la visión para personas con diabetes realizados por un oftalmólogo.
 - Servicios de la visión y dentales.
- La atención preventiva, por lo general, está completamente cubierta y no está sujeta a un deducible, siempre y cuando usted use los servicios de un profesional de atención médica que esté dentro de la red. Estos servicios incluyen exámenes médicos de rutina, exámenes de detección, vacunas, mamografías, exámenes ginecológicos, atención del bebé sano y anticonceptivos recetados para mujeres. Los tratamientos están cubiertos en su totalidad para los miembros con diagnóstico de diabetes.
- La cobertura de medicamentos con receta está incluida en estos planes. Todos los beneficios de medicamentos con receta se deben obtener a través de farmacias que tengan un contrato con su plan. El farmacéutico aplicará cualquier deducible o copago del plan cuando usted pague su medicamento con receta.

Glosario

Una **prima** es el importe que usted paga mensualmente por su seguro.

Un **deducible** es el importe que usted paga cada año antes de que su plan comience a pagar los beneficios.

Un **copago** es el importe fijo que usted paga por servicios de salud cubiertos, como visitar a un médico o pagar un medicamento en la farmacia.

El **coseguro** es el porcentaje que usted paga por los servicios de salud, generalmente después de pagar su deducible.

Una **red** es un grupo de centros o profesionales del cuidado de salud que han celebrado un contrato con un plan de salud. Ellos brindan productos y servicios cubiertos a los miembros.

Los gastos de bolsillo son lo que usted paga por los servicios de salud. Estos incluyen deducibles, coseguro y copagos.

Un **referido** es el permiso o la aprobación de su médico para consultar a un especialista.

Los **créditos fiscales** son una forma de asistencia financiera del gobierno estadounidense para ayudar a las personas a pagar los costos mensuales de su plan de salud (la prima).



Planes estándar de EmblemHealth

EmblemHealth Millennium Platinum/EmblemHealth Select Care Platinum

Es un plan HMO sin deducible anual y con bajos costos de bolsillo. Todos los planes individuales y familiares de EmblemHealth cubren los mismos beneficios de salud, pero con primas mensuales y costos de bolsillo diferentes.

Resumen de beneficios	
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$15 por visita
Visitas a consultorio de especialistas	Copago de \$35 por visita
Telemedicina*	Cobertura total
Ingreso en un hospital	Copago de \$500 por ingreso en un hospital
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Copago de \$100 por visita
Deducible anual (individual/familiar)	\$0/\$0
Costo máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$2,000/\$4,000
Medicamentos con receta	Copago de \$10 por medicamentos genéricos, copago de \$30 por medicamentos preferidos de marca, copago de \$60 por medicamentos no preferidos de marca
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Copago/Limitaciones
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	Copago de \$100
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago por ingreso al hospital
Radioterapia y quimioterapia	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria
Pruebas previas al ingreso	Cobertura total
Atención médica para pacientes ambulatorios	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria
Visitas a consultorio de especialistas	Sujeto a copago por visita a consultorio de especialistas
Atención preventiva**, incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total
Control y cuidado infantil**	Cobertura total
Servicios de laboratorio de diagnóstico	Realizado en el consultorio de un PCP: copago de \$15 Realizado en el consultorio de un especialista: copago de \$35
Atención prenatal en la oficina del médico	Cobertura total
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Copago de \$100
Segunda opinión médica y quirúrgica	Sujeto a copago por visita a consultorio de especialistas
Servicios de quiropráctica	Sujeto a copago por visita a consultorio de especialistas
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Copago/Limitaciones
Cuidado de la salud mental	
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente hospitalizado	Sujeto a copago por ingreso en un hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente ambulatorio	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de días por año calendario
Trastornos por uso de sustancias	
Desintoxicación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago por ingreso en un hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago por ingreso en un hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de días por año calendario

Resumen de beneficios	
Tipos de atención especial	Copago/Limitaciones
En la sala de emergencias del hospital	Copago de \$100 por visita (si ingresa quedará eximido)
En un centro de atención urgente	Copago de \$55
Servicio de ambulancia al hospital	Copago de \$100
Cuidado de salud en el hogar	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria
Atención de hospicio para pacientes ambulatorios	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Sujeto a copago por ingreso en un hospital
Tratamiento de diálisis	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Sujeto a copago por visita al consultorio del médico de atención primaria
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Copago de \$25
Servicios de planificación familiar	Cobertura total
Equipo médico duradero	10 % de coseguro
Audífonos	10 % de coseguro
Beneficios dentales pediátricos	Copago/Limitaciones
Atención dental de emergencia	Copago de \$15
Atención dental preventiva (examen dental y limpiezas)	Copago de \$15/1 cada 6 meses
Atención dental de rutina	Copago de \$15
Atención dental principal	Copago de \$15
Ortodoncia	Copago de \$15
Beneficios de atención de la vista pediátrica	Copago/Limitaciones
Exámenes	Copago de \$15/1 cada 12 meses
Lentes y marcos	Coseguro del 10 %/1 cada 12 meses
Lentes de contacto	Coseguro del 10 %/1 cada 12 meses

Los planes de salud calificados de EmblemHealth están suscritos por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos o derivados por un proveedor de atención primaria de la red de Millennium o Select Care (de acuerdo con su plan) o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, ni constituye un acuerdo. Consulte los números de formulario de póliza de HIP 155-23-IONHIXHMO (4/24), 155-23-IOFFHIXCONT (4/24), et al.

* El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc®. No es apropiado para todos los servicios cubiertos, se aplican restricciones y no todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

** Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil están cubiertos por completo dentro de la red cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), están recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o son requeridos por la ley estatal de Nueva York.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

EmblemHealth Millennium Gold/EmblemHealth Select Care Gold

Este plan HMO cuenta con el segundo costo compartido más bajo de los planes de metal de EmblemHealth. Todos los planes individuales y familiares de EmblemHealth cubren los mismos beneficios de salud, pero con primas mensuales y costos de bolsillo diferentes.

Resumen de beneficios	
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	Copago de \$25 por visita luego del deducible
Visitas a consultorio de especialistas	Copago de \$40 por visita luego del deducible
Telemedicina*	Cobertura total
Ingreso en un hospital	Copago de \$1,000 por visita luego del deducible
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Copago de \$150 por visita luego del deducible
Deducible anual (individual/familiar)	\$600/\$1,200
Costo máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$7,900/\$15,800
Medicamentos con receta	Copago de \$10 por medicamentos genéricos, copago de \$35 por medicamentos preferidos de marca, copago de \$70 por medicamentos no preferidos de marca
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Copago/Limitaciones
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	Copago de \$100 luego del deducible
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital; solo a corto plazo
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Radioterapia y quimioterapia	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Pruebas previas al ingreso	Copago de \$0 luego del deducible
Atención médica para pacientes ambulatorios	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Visitas a consultorio de especialistas	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Atención preventiva**, incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total
Control y cuidado infantil**	Cobertura total
Servicios de laboratorio de diagnóstico	Realizado en el consultorio de un PCP: copago de \$25 Realizado en el consultorio de un especialista: copago de \$40 luego del deducible
Atención prenatal en la oficina del médico	Cobertura total
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Copago de \$100 luego del deducible
Segunda opinión médica y quirúrgica	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Servicios de quiropráctica	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Copago/Limitaciones
Cuidado de la salud mental	
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente ambulatorio	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de visitas por año calendario
Trastornos por uso de sustancias	
Desintoxicación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de visitas por año calendario

Resumen de beneficios	
Tipos de atención especial	Copago/Limitaciones
En la sala de emergencias del hospital	Copago de \$150 por visita luego del deducible (si ingresa quedará eximido)
En un centro de atención urgente	Copago de \$60 luego del deducible
Servicio de ambulancia al hospital	Copago de \$150 luego del deducible
Cuidado de salud en el hogar	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Atención de hospicio para pacientes ambulatorios	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Sujeto a copago por ingreso en un hospital luego del deducible
Tratamiento de diálisis	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 luego del deducible
Servicios de planificación familiar	Cobertura total
Equipo médico duradero	Coseguro del 20 % luego del deducible
Audífonos	Coseguro del 20 % luego del deducible
Beneficios dentales pediátricos	Copago/Limitaciones
Atención dental de emergencia	Copago de \$25 luego del deducible
Atención dental preventiva (examen dental y limpiezas)	Copago de \$25 luego del deducible/1 cada 6 meses
Atención dental de rutina	Copago de \$25 luego del deducible
Atención dental principal	Copago de \$25 luego del deducible
Ortodoncia	Copago de \$25 luego del deducible
Beneficios de atención de la vista pediátrica	Copago/Limitaciones
Exámenes	Copago de \$25 luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes y marcos	Coseguro del 20 % luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes de contacto	Coseguro del 20 % luego del deducible/1 cada 12 meses

Los planes de salud calificados de EmblemHealth están suscritos por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos o derivados por un proveedor de atención primaria de la red de Millennium o Select Care (de acuerdo con su plan) o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, ni constituye un acuerdo. Consulte los números de formulario de póliza de HIP 155-23-IONHIXHMO (4/24), 155-23-IOFFHIXCONT (4/24), et al.

* El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc®. No es apropiado para todos los servicios cubiertos, se aplican restricciones y no todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

** Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil están cubiertos por completo dentro de la red cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), están recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o son requeridos por la ley estatal de Nueva York.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

EmblemHealth Millennium Silver/EmblemHealth Select Care Silver

El plan HMO Silver les ofrece a las personas primas mensuales más bajas y costos de bolsillo más altos. Al igual que los otros planes de metal disponibles en NY State of Health, las personas pueden resultar elegibles para recibir créditos fiscales. Es el más popular de los planes de metal estándar.

Resumen de beneficios	
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	1 visita (cualquier combinación de PCP, especialista, análisis conductual aplicado, trastorno de salud mental/por uso de sustancias) por un copago de \$30 por visita antes del deducible; a partir de entonces, un copago de \$30 por visita luego del deducible
Visitas a consultorio de especialistas	1 visita (cualquier combinación de PCP, especialista, análisis conductual aplicado, trastorno de salud mental/por uso de sustancias) por un copago de \$65 por visita antes del deducible; a partir de entonces, un copago de \$65 por visita luego del deducible
Telemedicina*	Cobertura total
Ingreso en un hospital	Copago de \$1,500 luego del deducible por ingreso en un hospital
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Copago de \$500 por visita luego del deducible
Deducible anual (individual/familiar)	\$2,100/\$4,200
Costo máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400
Medicamentos con receta	Copago de \$15 por medicamentos genéricos, copago de \$40 por medicamentos preferidos de marca, copago de \$75 por medicamentos no preferidos de marca
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Copago/Limitaciones
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	Copago de \$150 luego del deducible
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital; solo a corto plazo
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Radioterapia y quimioterapia	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Pruebas previas al ingreso	Copago de \$0 luego del deducible
Atención médica para pacientes ambulatorios	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Visitas a consultorio de especialistas	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Atención preventiva**, incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total
Control y cuidado infantil**	Cobertura total
Servicios de laboratorio de diagnóstico	Realizado en el consultorio de un PCP: copago de \$30 Realizado en el consultorio de un especialista: copago de \$50 luego del deducible
Atención prenatal en la oficina del médico	Cobertura total
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Copago de \$150 luego del deducible
Segunda opinión médica y quirúrgica	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Servicios de quiropráctica	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Copago/Limitaciones
Cuidado de la salud mental	
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente ambulatorio	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de visitas por año calendario

Resumen de beneficios

Trastornos por uso de sustancias

Desintoxicación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de visitas por año calendario

Tipos de atención especial

Copago/Limitaciones

En la sala de emergencias del hospital	Copago de \$500 por visita luego del deducible (si ingresa quedará eximido)
En un centro de atención urgente	Copago de \$70 luego del deducible
Servicio de ambulancia al hospital	Copago de \$150 luego del deducible
Cuidado de salud en el hogar	Copago de \$30 luego del deducible
Atención de hospicio para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 luego del deducible
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Sujeto a copago por ingreso en un hospital luego del deducible
Tratamiento de diálisis	Copago de \$30 luego del deducible
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Copago de \$30 luego del deducible
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 luego del deducible
Servicios de planificación familiar	Cobertura total
Equipo médico duradero	Coseguro del 30 % luego del deducible
Audífonos	Coseguro del 30 % luego del deducible

Beneficios dentales pediátricos

Copago/Limitaciones

Atención dental de emergencia	Copago de \$30 luego del deducible
Atención dental preventiva (examen dental y limpiezas)	Copago de \$30 luego del deducible/1 cada 6 meses
Atención dental de rutina	Copago de \$30 luego del deducible
Atención dental principal	Copago de \$30 luego del deducible
Ortodoncia	Copago de \$30 luego del deducible

Beneficios de atención de la vista pediátrica

Copago/Limitaciones

Exámenes	Copago de \$30 luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes y marcos	Coseguro del 30 % luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes de contacto	Coseguro del 30 % luego del deducible/1 cada 12 meses

Los planes de salud calificados de EmblemHealth están suscritos por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos o derivados por un proveedor de atención primaria de la red de Millennium o Select Care (de acuerdo con su plan) o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, ni constituye un acuerdo. Consulte los números de formulario de póliza de HIP 155-23-IONHIXHMO (4/24), 155-23-IOFFHIXCONT (4/24), et al.

* El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc®. No es apropiado para todos los servicios cubiertos, se aplican restricciones y no todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

** Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil están cubiertos por completo dentro de la red cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), están recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o son requeridos por la ley estatal de Nueva York.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

EmblemHealth Millennium Bronze/EmblemHealth Select Care Bronze

El plan HMO Bronze incluye tres visitas anuales a su proveedor de atención primaria antes de su deducible. Todos los planes individuales y familiares de EmblemHealth cubren los mismos beneficios, pero con primas mensuales y costos de bolsillo diferentes.

Resumen de beneficios	
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	3 visitas (cualquier combinación de PCP, especialista, análisis conductual aplicado, salud mental/trastorno por uso de sustancias) por un copago de \$50 por visita antes del deducible; a partir de entonces, \$50 luego del deducible
Visitas a consultorio de especialistas	3 visitas (cualquier combinación de PCP, especialista, análisis conductual aplicado, salud mental/trastorno por uso de sustancias) por un copago de \$75 por visita antes del deducible; a partir de entonces, \$75 luego del deducible
Telemedicina*	Cobertura total
Ingreso en un hospital	Copago de \$1,500 luego del deducible
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Copago de \$500 luego del deducible
Deducible anual (individual/familiar)	\$3,800/\$7,600
Costo máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400
Medicamentos con receta	Copago de \$10 por medicamentos genéricos, copago de \$35 por medicamentos preferidos de marca, copago de \$70 por medicamentos no preferidos de marca luego del deducible
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Copago/Limitaciones
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	Copago de \$150 luego del deducible
Habitación semiprivada y comidas	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital; solo a corto plazo
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Incluido en el copago luego del deducible por ingreso en un hospital
Radioterapia y quimioterapia	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Pruebas previas al ingreso	Copago de \$0 luego del deducible
Atención médica para pacientes ambulatorios	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria
Visitas a consultorio de especialistas	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Atención preventiva**, incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total
Control y cuidado infantil**	Cobertura total
Servicios de laboratorio de diagnóstico	Copago de \$50 luego del deducible
Atención prenatal en la oficina del médico	Cobertura total
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Copago de \$150 luego del deducible
Segunda opinión médica y quirúrgica	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Servicios de quiropráctica	Sujeto a copago luego del deducible por visita a consultorio de especialistas
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Copago/Limitaciones
Cuidado de la salud mental	
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente ambulatorio	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de visitas por año calendario

Resumen de beneficios

Trastornos por uso de sustancias

Desintoxicación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para paciente hospitalizado	Sujeto a copago luego del deducible por ingreso en el hospital; sin límite de días por año calendario
Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Sujeto a copago luego del deducible por visita al consultorio del médico de atención primaria; sin límite de visitas por año calendario

Tipos de atención especial

Copago/Limitaciones

En la sala de emergencias del hospital	Copago de \$500 por visita luego del deducible (si ingresa quedará eximido)
En un centro de atención urgente	\$75 luego del deducible
Servicio de ambulancia al hospital	Copago de \$300 luego del deducible
Cuidado de salud en el hogar	Copago de \$50 luego del deducible
Atención de hospicio para pacientes ambulatorios	Copago de \$50 luego del deducible
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Sujeto a copago por ingreso en un hospital luego del deducible
Tratamiento de diálisis	Copago de \$50 luego del deducible
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Copago de \$50 luego del deducible
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Copago de \$50 luego del deducible
Servicios de planificación familiar	Cobertura total
Equipo médico duradero	Coseguro del 50 % luego del deducible
Audífonos	Coseguro del 50 % luego del deducible

Beneficios dentales pediátricos

Copago/Limitaciones

Atención dental de emergencia	Copago de \$50 luego del deducible
Atención dental preventiva (examen dental y limpiezas)	Copago de \$50 luego del deducible/1 cada 6 meses
Atención dental de rutina	Copago de \$50 luego del deducible
Atención dental principal	Copago de \$50 luego del deducible
Ortodoncia	Copago de \$50 luego del deducible

Beneficios de atención de la vista pediátrica

Copago/Limitaciones

Exámenes	Copago de \$50 luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes y marcos	Coseguro del 50 % luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes de contacto	Coseguro del 50 % luego del deducible/1 cada 12 meses

Los planes de salud calificados de EmblemHealth están suscritos por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos o derivados por un proveedor de atención primaria de la red de Millennium o Select Care (de acuerdo con su plan) o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, ni constituye un acuerdo. Consulte los números de formulario de póliza de HIP 155-23-IONHIXHMO (4/24), 155-23-IOFFHIXCONT (4/24), et al.

* El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc®. No es apropiado para todos los servicios cubiertos, se aplican restricciones y no todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

** Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil están cubiertos por completo dentro de la red cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), están recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o son requeridos por la ley estatal de Nueva York.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

EmblemHealth Millennium Catastrophic/EmblemHealth Select Care Catastrophic

Este es un plan HMO para personas de menos de 30 años y para aquellas que califiquen en función de sus necesidades financieras. Incluye tres visitas anuales a un proveedor de atención primaria antes de su deducible. Todos los planes individuales y familiares de EmblemHealth cubren los mismos beneficios de salud, pero con primas mensuales y costos de bolsillo diferentes.

Resumen de beneficios	
Principales disposiciones sobre la participación en los costos	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	3 visitas al PCP con copago de \$0 (cualquier combinación de PCP, trastorno de salud mental/por uso de sustancias), después coseguro del 0 % luego del deducible
Visitas a consultorio de especialistas	Coseguro del 0 % luego del deducible
Telemedicina*	Cubierto en su totalidad luego del deducible
Ingreso en un hospital	Coseguro del 0 % luego del deducible
Copago de la sala de emergencia (si ingresa quedará eximido)	Coseguro del 0 % luego del deducible
Deducible anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400
Costo máximo de bolsillo anual (individual/familiar)	\$9,200/\$18,400
Medicamentos con receta	Coseguro del 0 % luego del deducible
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Copago/Limitaciones
Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes ingresados	Coseguro del 0 % luego del deducible
Habitación semiprivada y comidas	Coseguro del 0 % luego del deducible
Sala de operaciones y de recuperación, unidades de cuidados intensivos y especiales, atención general de enfermería, medicamentos con receta, anestesia, radiografías y pruebas de laboratorio	Coseguro del 0 % luego del deducible
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria a corto plazo (cuando es parte de un ingreso hospitalario agudo)	Coseguro del 0 % luego del deducible
Terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria (cuando es parte de un ingreso para rehabilitación)	Coseguro del 0 % luego del deducible
Radioterapia y quimioterapia	Coseguro del 0 % luego del deducible
Pruebas previas al ingreso	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención médica para pacientes ambulatorios	Copago/Limitaciones
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	Coseguro del 0 % luego del deducible
Visitas a consultorio de especialistas	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención preventiva**, incluidos exámenes físicos, exámenes de los oídos, orientación y educación para la salud, prueba de Papanicolaou, mamografía y vacunas	Cobertura total
Control y cuidado infantil**	Cobertura total
Servicios de laboratorio de diagnóstico	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención prenatal en la oficina del médico	Cobertura total
Cirugía ambulatoria o de corta estancia	Coseguro del 0 % luego del deducible
Segunda opinión médica y quirúrgica	Coseguro del 0 % luego del deducible
Servicios de quiropráctica	Coseguro del 0 % luego del deducible
Salud mental y trastorno por abuso de sustancias	Copago/Limitaciones
Cuidado de la salud mental	
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente hospitalizado	Coseguro del 0 % luego del deducible
Tratamiento de enfermedades mentales para paciente ambulatorio	Coseguro del 0 % luego del deducible
Trastornos por uso de sustancias	
Desintoxicación para paciente hospitalizado	Coseguro del 0 % luego del deducible
Tratamiento de rehabilitación para paciente hospitalizado	Coseguro del 0 % luego del deducible
Tratamiento de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Coseguro del 0 % luego del deducible

Resumen de beneficios	
Tipos de atención especial	Copago/Limitaciones
En la sala de emergencias del hospital	Coseguro del 0 % luego del deducible
En un centro de atención urgente	Coseguro del 0 % luego del deducible
Servicio de ambulancia al hospital	Coseguro del 0 % luego del deducible
Cuidado de salud en el hogar	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención de hospicio para pacientes ambulatorios	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención en Centro de Enfermería Especializada	Coseguro del 0 % luego del deducible
Tratamiento de diálisis	Coseguro del 0 % luego del deducible
Equipo, suministros y educación para la diabetes	Coseguro del 0 % luego del deducible
Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y respiratoria para pacientes ambulatorios	Coseguro del 0 % luego del deducible
Servicios de planificación familiar	Cobertura total
Equipo médico duradero	Coseguro del 0 % luego del deducible
Audífonos	Coseguro del 0 % luego del deducible
Beneficios dentales pediátricos	Copago/Limitaciones
Atención dental de emergencia	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención dental preventiva (examen dental y limpiezas)	Coseguro del 0 % luego del deducible/1 cada 6 meses
Atención dental de rutina	Coseguro del 0 % luego del deducible
Atención dental principal	Coseguro del 0 % luego del deducible
Ortodoncia	Coseguro del 0 % luego del deducible
Beneficios de atención de la vista pediátrica	Copago/Limitaciones
Exámenes	Coseguro del 0 % luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes y marcos	Coseguro del 0 % luego del deducible/1 cada 12 meses
Lentes de contacto	Coseguro del 0 % luego del deducible/1 cada 12 meses

Los planes de salud calificados de EmblemHealth están suscritos por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP). Excepto en el caso de atención de emergencia, los beneficios y servicios anteriores están cubiertos solo cuando son provistos o derivados por un proveedor de atención primaria de la red de Millennium o Select Care (de acuerdo con su plan) o bien aprobados con anticipación por el Programa de Administración de Utilización de EmblemHealth. Los médicos y proveedores participantes han firmado contrato con EmblemHealth para proporcionar atención a nuestros miembros; no son empleados, agentes, funcionarios ni representantes de EmblemHealth. Este resumen se proporciona meramente a título informativo; no contiene detalles completos del plan, que están disponibles solo en el contrato o en el Certificado de cobertura, ni constituye un acuerdo. Consulte los números de formulario de póliza de HIP 155-23-IONHIXHMO (4/24), 155-23-IOFFHIXCONT (4/24), et al.

* El beneficio de telemedicina se proporciona a través de Teladoc®. No es apropiado para todos los servicios cubiertos, se aplican restricciones y no todos los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

** Los servicios de atención preventiva y control y cuidado infantil están cubiertos por completo dentro de la red cuando reciben una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), están recomendados por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), son proporcionados de acuerdo con las pautas de la Administración de Servicios y Recursos de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o son requeridos por la ley estatal de Nueva York.

Es posible que ciertos servicios requieran autorización previa.

Tarifas de EmblemHealth

Tarifas del plan Millennium

A continuación, se enumeran las tarifas de las primas mensuales de los planes de EmblemHealth por región.

Las tarifas entran en vigencia desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

		EmblemHealth Platinum	EmblemHealth Gold	EmblemHealth Silver	EmblemHealth Bronze	EmblemHealth Catastrophic
Condados de la parte sur del estado	Individual	\$2,344.44	\$1,936.65	\$1,606.81	\$1,225.28	\$798.43
	Individual y cónyuge	\$4,688.88	\$3,873.30	\$3,213.62	\$2,450.56	\$1,596.86
	Padre o madre e hijo(s)	\$3,985.55	\$3,292.31	\$2,731.58	\$2,082.98	\$1,357.33
	Familiar	\$6,681.65	\$5,519.45	\$4,579.41	\$3,492.05	\$2,275.53
	Hijo solamente	\$965.91	\$797.90	\$662.01	\$504.82	No corresponde
Long Island	Individual	\$2,533.57	\$2,092.89	\$1,736.44	\$1,324.13	\$862.84
	Individual y cónyuge	\$5,067.14	\$4,185.78	\$3,472.88	\$2,648.26	\$1,725.68
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,307.07	\$3,557.91	\$2,951.95	\$2,251.02	\$1,466.83
	Familiar	\$7,220.67	\$5,964.74	\$4,948.85	\$3,773.77	\$2,459.09
	Hijo solamente	\$1,043.83	\$862.27	\$715.41	\$545.54	No corresponde

A continuación, se enumeran las tarifas de las primas mensuales con cobertura extendida por **la cláusula de 29 años** para hijos adultos de hasta 29 años de edad (hasta su cumpleaños número 30).

		EmblemHealth Platinum para personas con 29 años de edad	EmblemHealth Gold para personas con 29 años de edad	EmblemHealth Silver para personas con 29 años de edad	EmblemHealth Bronze para personas con 29 años de edad
Condados de la parte sur del estado	Individual	\$2,414.77	\$1,994.75	\$1,655.01	\$1,262.04
	Individual y cónyuge	\$4,829.54	\$3,989.50	\$3,310.02	\$2,524.08
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,105.11	\$3,391.08	\$2,813.52	\$2,145.47
	Familiar	\$6,882.09	\$5,685.04	\$4,716.78	\$3,596.81
Long Island	Individual	\$2,609.58	\$2,155.68	\$1,788.53	\$1,363.85
	Individual y cónyuge	\$5,219.16	\$4,311.36	\$3,577.06	\$2,727.70
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,436.29	\$3,664.66	\$3,040.50	\$2,318.55
	Familiar	\$7,437.30	\$6,143.69	\$5,097.31	\$3,886.97

Condados de la parte sur: Bronx, Kings, Nueva York, Queens, Richmond, Rockland, Westchester

Long Island: Nassau, Suffolk

Tarifas del plan Select Care

A continuación, se enumeran las tarifas de las primas mensuales de los planes de EmblemHealth por región.

Las tarifas entran en vigencia desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

		EmblemHealth Platinum	EmblemHealth Gold	EmblemHealth Silver	EmblemHealth Bronze	EmblemHealth Catastrophic
Albany	Individual	\$2,893.01	\$2,389.79	\$1,982.78	\$1,511.95	\$985.21
	Individual y cónyuge	\$5,786.02	\$4,779.58	\$3,965.56	\$3,023.90	\$1,970.42
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,918.12	\$4,062.64	\$3,370.73	\$2,570.32	\$1,674.86
	Familiar	\$8,245.08	\$6,810.90	\$5,650.92	\$4,309.06	\$2,807.85
	Hijo solamente	\$1,191.92	\$984.59	\$816.91	\$622.92	No corresponde
Región de Mid-Hudson	Individual	\$2,894.24	\$2,390.81	\$1,983.62	\$1,512.59	\$985.63
	Individual y cónyuge	\$5,788.48	\$4,781.62	\$3,967.24	\$3,025.18	\$1,971.26
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,920.21	\$4,064.38	\$3,372.15	\$2,571.40	\$1,675.57
	Familiar	\$8,248.58	\$6,813.81	\$5,653.32	\$4,310.88	\$2,809.05
	Hijo solamente	\$1,192.43	\$985.01	\$817.25	\$623.19	No corresponde
Syracuse	Individual	\$2,893.01	\$2,389.79	\$1,982.78	\$1,511.95	\$985.21
	Individual y cónyuge	\$5,786.02	\$4,779.58	\$3,965.56	\$3,023.90	\$1,970.42
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,918.12	\$4,062.64	\$3,370.73	\$2,570.32	\$1,674.86
	Familiar	\$8,245.08	\$6,810.90	\$5,650.92	\$4,309.06	\$2,807.85
	Hijo solamente	\$1,191.92	\$984.59	\$816.91	\$622.92	No corresponde
Utica/Watertown	Individual	\$2,893.01	\$2,389.79	\$1,982.78	\$1,511.95	\$985.21
	Individual y cónyuge	\$5,786.02	\$4,779.58	\$3,965.56	\$3,023.90	\$1,970.42
	Padre o madre e hijo(s)	\$4,918.12	\$4,062.64	\$3,370.73	\$2,570.32	\$1,674.86
	Familiar	\$8,245.08	\$6,810.90	\$5,650.92	\$4,309.06	\$2,807.85
	Hijo solamente	\$1,191.92	\$984.59	\$816.91	\$622.92	No corresponde

A continuación, se enumeran las tarifas de las primas mensuales con cobertura extendida por **la cláusula de 29 años** para hijos adultos de hasta 29 años de edad (hasta su cumpleaños número 30).

		EmblemHealth Platinum para personas con 29 años de edad	EmblemHealth Gold para personas con 29 años de edad	EmblemHealth Silver para personas con 29 años de edad	EmblemHealth Bronze para personas con 29 años de edad
Albany	Individual	\$2,979.80	\$2,461.48	\$2,042.26	\$1,557.31
	Individual y cónyuge	\$5,959.60	\$4,922.96	\$4,084.52	\$3,114.62
	Padre o madre e hijo(s)	\$5,065.66	\$4,184.52	\$3,471.84	\$2,647.43
	Familiar	\$8,492.43	\$7,015.22	\$5,820.44	\$4,438.33
Región de Mid-Hudson	Individual	\$2,981.07	\$2,462.53	\$2,043.13	\$1,557.97
	Individual y cónyuge	\$5,962.14	\$4,925.06	\$4,086.26	\$3,115.94
	Padre o madre e hijo(s)	\$5,067.82	\$4,186.30	\$3,473.32	\$2,648.55
	Familiar	\$8,496.05	\$7,018.21	\$5,822.92	\$4,440.21
Syracuse	Individual	\$2,979.80	\$2,461.48	\$2,042.26	\$1,557.31
	Individual y cónyuge	\$5,959.60	\$4,922.96	\$4,084.52	\$3,114.62
	Padre o madre e hijo(s)	\$5,065.66	\$4,184.52	\$3,471.84	\$2,647.43
	Familiar	\$8,492.43	\$7,015.22	\$5,820.44	\$4,438.33
Utica/Watertown	Individual	\$2,979.80	\$2,461.48	\$2,042.26	\$1,557.31
	Individual y cónyuge	\$5,959.60	\$4,922.96	\$4,084.52	\$3,114.62
	Padre o madre e hijo(s)	\$5,065.66	\$4,184.52	\$3,471.84	\$2,647.43
	Familiar	\$8,492.43	\$7,015.22	\$5,820.44	\$4,438.33

Albany: Albany, Columbia, Fulton, Greene, Montgomery, Rensselaer, Saratoga, Schoharie, Schenectady, Warren y Washington

Región de Mid-Hudson: Delaware, Dutchess, Orange, Putnam, Sullivan y Ulster

Syracuse: Broome

Utica/Watertown: Otsego



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **877-411-3625** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **877-411-3625** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **877-411-3625** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **877-411-3625** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan **877-411-3625** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **877-411-3625** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **877-411-3625** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס פֿאר פראוויידינג אינפֿארמאציע אין צוטריטלעך פֿארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן **877-411-3625** (TTY: **711**) אָדער רעדן מיט דיין טרעגער.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC, and Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) are EmblemHealth companies. EmblemHealth Services Company, LLC provides administrative services to the EmblemHealth companies.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **877-411-3625** (TTY: **711**) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **877-411-3625** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **877-411-3625** (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **877-411-3625** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (711) **877-411-3625** پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librong serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **877-411-3625** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **877-411-3625** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **877-411-3625** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

Discrimination is Against the Law

EmblemHealth complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes.

EmblemHealth does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

EmblemHealth:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services contact the Civil Rights Coordinator by calling Customer Service at **877-411-3625** (TTY: **711**).

If you believe that EmblemHealth has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator by writing to the EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2844, New York, NY 10116-2844; faxing them at **212-510-5320**; or calling Customer Service at **877-411-3625**. (Dial **711** for TTY services.) You can file a grievance in person, by mail, by fax, or through your secure member portal. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This notice is available on EmblemHealth's website at emblemhealth.com/legal/nondiscrimination.



Para obtener más información, visítenos en emblemhealth.com/individualsandfamilies o llámenos al **888-447-7603** (TTY: **711**).