



**CHOICE**<sup>SM</sup>  
Health Plans

Un Programa de Medicare Advantage y Medicaid Advantage Plus



## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2019

**VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)**

## Aviso de no discriminación

Los planes de salud de VNSNY CHOICE cumplen con las leyes federales de derechos civiles. VNSNY CHOICE no discrimina a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni expresión de género.

VNSNY CHOICE ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse con nosotros. Por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés. Estos servicios incluyen lo siguiente:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita hacer uso de estos servicios, llámenos al 1-866-783-1444. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si usted cree que VNSNY CHOICE no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado en forma diferente a causa de su raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, puede presentar un reclamo contra VNSNY CHOICE:

Por correo:	VNSNY CHOICE Health Plans 220 East 42nd Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10017
Por teléfono:	1-888-634-1558 (TTY/TDD: 711)
Personalmente:	220 East 42 <sup>nd</sup> Street, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, NY 10017
Por fax:	646-459-7729
Por correo electrónico:	<a href="mailto:CivilRightsCoordinator@vnsny.org">CivilRightsCoordinator@vnsny.org</a>
Por Internet:	<a href="http://www.vnsny.ethicspoint.com">www.vnsny.ethicspoint.com</a>

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Por Internet: Oficina de Derechos Civiles - Portal de Demandas en la siguiente dirección web: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
- Por correo: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Los formularios de queja están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)
- Por teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

---

# ÍNDICE

Breve descripción de sus beneficios .....	1
Introducción al Resumen de beneficios.....	2
Opciones de beneficios de Medicare.....	2
Elegir un plan Medicare .....	2
Perspectiva general de VNSNY CHOICE Total (HMO SNP).....	3
Elegibilidad .....	3
Red de proveedores .....	4
Perspectiva general de los Medicamentos con receta médica .....	4
Beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid .....	4
Contactos útiles.....	5
Información útil.....	6
Resumen de beneficios cubiertos por Medicare .....	7
Prima mensual, deducible y límites sobre el monto que usted paga por los servicios cubiertos.....	7
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.....	8
Beneficios de medicamentos con receta.....	18
Otros beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.....	20
Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid .....	22
Resumen de beneficios no cubiertos por Medicaid .....	43
Definiciones útiles.....	44
Exención de responsabilidad.....	45

## **El plan integrado de atención a largo plazo que combina los beneficios de Medicare y Medicaid.**

VNSNY CHOICE Total (HMO SNP) combina todos los beneficios de Medicare y Medicaid en un plan integrado que incluye atención a largo plazo, medicamentos con receta, y cobertura médica y para pacientes hospitalizados. Algunas características a tener en cuenta son:

- **Un plan en vez de dos:** con un número de teléfono, una tarjeta de identificación y un equipo de administración de atención
- **Un costo de \$0 para su atención médica: primas de \$0 y copagos de \$0\***
- **Transporte ilimitado** a citas médicas (a lugares aprobados por el plan)
- **Artículos de venta libre (OTC):** por hasta \$1,200/año (\$100/mes)

**Los servicios y la asistencia a largo plazo** que usted necesita para vivir de manera segura e independiente (por ejemplo, un auxiliar de atención médica a domicilio, servicios de enfermería y asistencia social y más)

## **Los planes Medicare Advantage y Medicaid Advantage Plus de Visiting Nurse Service of New York**

\*Dependiendo de su elegibilidad en Medicaid. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información. Para obtener adaptaciones para personas con necesidades especiales en reuniones, llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711). VNSNY CHOICE Total es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare. El plan también es un plan Medicaid Advantage Plus, con un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. La inscripción en VNSNY CHOICE Medicare depende de la renovación del contrato.

## Introducción al Resumen de beneficios

VNSNY CHOICE Total (HMO SNP) se complace en proveer el presente folleto con el Resumen de beneficios para brindarle una perspectiva general de los beneficios para el año 2019. Muestra lo que cubrimos y lo que usted tiene que pagar por algunos servicios importantes. Tenga en cuenta que este resumen no incluye todos los servicios, limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la "Evidencia de cobertura". La Evidencia de cobertura estará disponible a partir del 15 de octubre en nuestra página web en [www.vnsnychoice.org/2019materials](http://www.vnsnychoice.org/2019materials). Si desea que le enviemos una copia impresa, llame a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Opciones de beneficios de Medicare

- Una opción es recibir los beneficios que le ofrece Medicare a través de la tarifa de servicios Medicare del plan "Original Medicare". Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios que brinda Medicare inscribiéndose en un plan de salud Medicare ofrecido por una empresa privada, tal como VNSNY CHOICE Total (HMO SNP), que es ofrecido por el Servicio de enfermería a domicilio (Visiting Nurse Service) de Nueva York.

## Elegir un plan Medicare

Este folleto con el Resumen de beneficios le brinda una síntesis de lo que cubre el plan **VNSNY CHOICE Total**, así como el detalle de lo que usted tendrá que pagar.

- Puede comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare solicitando a los otros planes folletos con su Resumen de beneficios, o bien usar el Buscador de planes Medicare (Medicare Plan Finder) en línea en el siguiente enlace: [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Para comparar nuestros planes con el plan Original Medicare, lea el último manual de "**Medicare & You**" (**Medicare y usted**) para conocer más detalles sobre la cobertura y los costos de Original Medicare. Para conocer más, consulte la página 6 de este folleto.

## **Perspectiva general de VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)**

Si necesita ayuda a largo plazo con sus actividades cotidianas para vivir de manera segura en su hogar, ya no es necesario tener planes separados de Medicare y Medicaid para cubrir todos los beneficios. VNSNY CHOICE Total combina todos los beneficios de Medicare y Medicaid en un paquete integrado.

Como todos los planes de salud Medicare, VNSNY CHOICE Total cubre todo lo que cubre Medicare Original, y más.

- **Nuestro plan le brinda todos los beneficios de Original Medicare más algunos beneficios que Medicare no cubre habitualmente.** En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.
- **Nosotros cubrimos los medicamentos de la Parte D.** También cubrimos los medicamentos de la Parte B, tales como para quimioterapia y demás medicamentos administrados por su proveedor.
- **Los miembros de nuestro plan reciben** servicios y asistencia a largo plazo basados en sus necesidades para vivir de manera segura e independiente en su hogar (esa asistencia puede incluir **un auxiliar de atención médica a domicilio, servicios de enfermería y asistencia social** y más).

Al unirse a CHOICE Total, su equipo de atención de CHOICE Total trabajará con usted y su médico para coordinar su atención y ayudarlo a recibir todos los beneficios para los que es elegible.

## **Elegibilidad**

Para unirse a **VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)**, usted debe reunir los siguientes requisitos:

- Tener al menos 18 años.
- Ser elegible para ser beneficiario total de Medicaid.
- Ser elegible para las Parte A y Parte B de Medicare, o estar inscrito en la cobertura de la Parte C.
- Necesitar, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad por más de 120 días, según una evaluación funcional: servicios de enfermería en el hogar, terapias en el hogar, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, servicios de atención personalizada en el hogar, atención médica diurna para adultos, personal de enfermería particular o servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS).
- Ser elegible para el nivel de cuidados en el hogar (en el momento de la inscripción).
- Ser capaz, al momento de la inscripción, de volver o permanecer en su hogar o comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, según los criterios del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

- Vivir dentro de un área de servicios del plan. El área de servicios incluye los siguientes condados de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond, Suffolk y Westchester.

## **Red de proveedores**

VNSNY CHOICE Total cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y demás proveedores. Usted debería saber que, si usa proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no cubrir el costo de dichos servicios. En general, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos con receta médica con cobertura de la Parte D. Para revisar el directorio de proveedores y farmacias del plan, visite el siguiente sitio web: [www.vnsnychoice.org/totalproviders](http://www.vnsnychoice.org/totalproviders), o bien llámenos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

## **Perspectiva general de los Medicamentos con receta médica**

El monto que usted paga depende de los medicamentos que toma y de qué etapa del beneficio ha alcanzado: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas. Más adelante en este documento, explicaremos las etapas de beneficios que se dan luego de que usted ha alcanzado su deducible: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas.

## **Beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid**

Además de los servicios cubiertos por Original Medicare y VNSNY CHOICE Total, los miembros elegibles para Medicaid reciben cobertura adicional para ciertos servicios de atención médica. Usted puede encontrar estos beneficios detallados en la sección titulada Resumen de beneficios cubiertos por Medicare.

Además de los varios servicios cubiertos por VNSNY CHOICE Total, los beneficios de Medicaid continúan cubriendo los costos de sus deducibles y copagos. La sección titulada Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid brinda información útil sobre la cobertura de Medicaid, y los servicios que los miembros pueden recibir cuando combinan sus beneficios Medicaid con los servicios que ofrece VNSNY CHOICE Total.

## **Contactos útiles**

Nombre del plan \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia del plan \_\_\_\_\_

Nombre del representante de ventas \_\_\_\_\_

Número de teléfono del representante de ventas \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria (PCP) \_\_\_\_\_

## **Página web**

[www.vnsnychoice.org](http://www.vnsnychoice.org)

## **Servicios para los miembros**

**1-866-783-1444 (TTY: 711)**

8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

## **No miembros**

**1-866-783-1444 (TTY: 711)**

8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.



## **Información útil**

### **Directorio de proveedores/farmacias**

La mejor forma de encontrar un médico o especialista y una farmacia en la red de VNSNY CHOICE Total es visitar el sitio web: [www.vnsnychoice.org/totalproviders](http://www.vnsnychoice.org/totalproviders). Usted también puede llamar a Servicios para los miembros, al número que figura en la página 5.

### **Formulario**

El formulario es una lista de medicamentos con receta médica cubiertos por VNSNY CHOICE Total. Para encontrar el Formulario, visite [www.vnsnychoice.org/totalformulary](http://www.vnsnychoice.org/totalformulary).

### **Medicare & You (Medicare y usted)**

Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para visualizar el manual en línea o solicite una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede descargar una copia visitando el siguiente enlace: <https://www.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html>.

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

### PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE EL MONTO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<b>¿Cuál es el costo de la prima mensual?</b>	\$0 por mes.
<b>¿Cuál es el costo del deducible?</b>	<p>Este plan no tiene un deducible.</p> <p>Este plan no tiene deducibles para quimioterapia y otros medicamentos administrados en el consultorio de su médico (medicamentos de la Parte B).</p> <p>Este plan no tiene un deducible para los medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>
<b>¿Hay algún límite en cuanto al monto que debo pagar por los servicios cubiertos?</b>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales sobre los costos que usted debe pagar con dinero de su bolsillo para atención médica y hospitalaria.</p> <p>En este plan, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte el manual "<b>Medicare y usted</b>" para conocer los servicios cubiertos por Medicare. Para conocer los servicios cubiertos por Medicaid en el estado de Nueva York consulte la sección Cobertura de Medicaid en este documento.</p> <p>Tenga en cuenta que todavía deberá seguir pagando sus primas y costos compartidos mensuales de los medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>

## PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE EL MONTO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<b>¿Existe un límite para lo que pagará el plan?</b>	Nuestro plan tiene un límite de cobertura para cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que corresponden.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

Cuidados y servicios	Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)
<b>Atención para pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Usted no paga nada.
<b>Atención para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b>	Nuestro plan cubre servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Usted no paga nada.
<b>Visitas al consultorio médico<sup>1</sup></b> Atención primaria y especialistas	Usted no paga nada.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<b>Atención preventiva</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre los que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen físico anual</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el abuso de alcohol.</li> <li>• Medición de la masa ósea.</li> <li>• Examen para detectar el cáncer de mama (mamografía).</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina.</li> <li>• Examen para detectar el cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible).</li> <li>• Prueba de detección de depresión.</li> <li>• Examen de diabetes.</li> <li>• Pruebas de glaucoma.</li> <li>• Prueba de detección de hepatitis C.</li> <li>• Prueba de detección del VIH.</li> <li>• Examen para detectar el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis.</li> <li>• Examen de obesidad y asesoramiento.</li> <li>• Vacunas, incluidas las aplicaciones para prevenir la gripe y la hepatitis B.</li> <li>• Vacunación contra neumococo.</li> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual).</li> <li>• Exámenes cardiovasculares.</li> </ul>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>Atención preventiva</b> <i>(continuación)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de terapia médica nutricional.</li> <li>• Examen para detectar el cáncer de próstata (PSA).</li> <li>• Examen para detectar enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento.</li> <li>• Consulta preventiva de “bienvenida a Medicare” (una única vez).</li> <li>• Chequeo anual de “bienestar general”.</li> </ul> <p>Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual.</p> <p>El plan también cubre los siguientes programas de bienestar/educativos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea directa de información de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</li> </ul>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Cobertura mundial, que incluye cualquier país fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura incluye atención en caso de emergencias y urgencias, y se limita a \$50,000 al año. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>	<p>Usted no paga nada.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>Atención de urgencia</b></p> <p>Cobertura mundial, que incluye cualquier país fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura incluye atención en caso de emergencias y urgencias, y se limita a \$50,000 al año. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>	<p>Usted no paga nada.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y rayos X</b></p> <p><i>(Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se preste el servicio).<sup>1</sup></i></p>	<p>Servicios de radiología diagnóstica (tales como MRI, TC, etc.): Usted no paga nada.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Usted no paga nada.</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted no paga nada.</p> <p>Rayos X para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (tales como radioterapia para combatir el cáncer): Usted no paga nada.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>Servicios auditivos<sup>1</sup></b></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio: Usted no paga nada.</p> <p>Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año): Usted no paga nada.</p> <p>Ajuste/evaluación de audífonos (hasta 2 cada tres años): Usted no paga nada.</p> <p>Audífonos: Usted no paga nada.</p> <p>El límite de cobertura de nuestros planes es de \$1,000 para audífonos, limitado a \$500 por año (uno derecho, uno izquierdo) cada tres años.</p> <p>El ajuste/la evaluación se limitan a uno por año (uno derecho, uno izquierdo) cada 3 años.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>
<p><b>Servicios de odontología<sup>1</sup></b></p>	<p>Servicios de odontología limitados (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, arreglos, extracciones o reemplazo de piezas dentales): Usted no paga nada.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>Servicios oftalmológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (incluida una prueba de detección anual de glaucoma):</li> <li>• Examen ocular de rutina (hasta 1 al año):</li> <li>• Lentes de contacto y anteojos (marcos y cristales) Hasta 1 al año:</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</li> </ul>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Usted no paga nada. El costo de los cristales y marcos estándares se limita a \$200 para un par de anteojos o lentes de contacto, pero no para ambos.</p> <p>Los cristales estándares incluyen monofocales, bifocales y trifocales; no incluyen cristales especiales (es decir, transicionales, de colores, progresivos, de policarbonato).</p> <p>Los lentes de contacto estándares incluyen los de uso cotidiano intensivo, los descartables, los de uso cotidiano estándar o los rígidos permeables al gas.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>
<p><b>Atención de la</b></p>	<p>Consulta durante la internación:</p>



## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>salud mental<sup>1</sup></b></p>	<p>Nuestro plan cubre un límite de por vida de 190 días por servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidados para pacientes en internación hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital general.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de internación hospitalaria.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. No obstante, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días.</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada.</p> <p>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1</sup></b></p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>Servicios de fisioterapia (Servicios de terapia para pacientes ambulatorios)<sup>1</sup></b></p>	<p>Visita de fisioterapia: Usted no paga nada.</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Usted no paga nada.</p> <p>Visitas de terapia del habla y el lenguaje: Usted no paga nada.</p>
<p><b>Servicio de ambulancia<sup>1</sup></b> Casos de emergencia y no emergencia</p>	<p>Usted no paga nada.</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>No cubierto por Medicare.</p> <p>Su beneficio Medicaid cubre el transporte programado requerido para obtener la atención médica que sea necesaria y demás servicios relacionados con el cuidado de la salud. La cobertura incluye el servicio de vehículos, camioneta para personas con discapacidad y transporte público.</p> <p>Para programar un traslado, llame a Servicios al Miembro con 48 horas de anticipación.</p>
<p><b>Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b></p>	<p>Consulta de terapia grupal: Usted no paga nada.</p> <p>Consulta de terapia individual: Usted no paga nada.</p>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b>	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (un máximo de 2 sesiones de una hora por día y un máximo de 36 sesiones durante 36 semanas): Usted no paga nada.
<b>Cuidado de los pies</b> <i>(servicios de podiatría)<sup>1</sup></i>	Exámenes y tratamiento de los pies, si usted sufre lesiones de tipo nervioso relacionadas con la diabetes o cumple con ciertas condiciones: Usted no paga nada. Cuidado de los pies de rutina (hasta 4 consultas al año): Usted no paga nada.
<b>Suministros/equipamiento médico duradero</b> <i>(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)<sup>1</sup></i>	Usted no paga nada. Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte la Sección IV: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.
<b>Prótesis</b> <i>(férulas, aparatos ortopédicos, etc.)<sup>1</sup></i>	Prótesis: Usted no paga nada. Suministros médicos relacionados: Usted no paga nada. Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.

## BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN <sup>1</sup> PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados y servicios</b>	<b>Lo que usted debería saber sobre Total (HMO SNP)</b>
<p><b>Suministros y servicios para la diabetes<sup>1</sup></b></p>	<p>Suministros para el control de la diabetes:                      Usted no paga nada.</p> <p>Ascensia/Bayer Diabetes Care es la marca elegida por el plan para los suministros para las pruebas y el monitoreo de la diabetes cuando se adquieren en una farmacia de venta al público dentro de la red.</p> <p>Los productos de cualquier otra marca requerirán la aprobación del plan en cuanto a su cobertura cuando se los adquiera en la farmacia.</p> <p>Capacitación para la autogestión de la diabetes:                      Usted no paga nada.</p> <p>Plantillas o calzado terapéuticos:                      Usted no paga nada.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

	<b>VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)</b>
<b>¿Cuánto debo pagar?</b>	<p>Medicamentos de la Parte B, tales como medicamentos para quimioterapia:                      Usted no paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B:                      Usted no paga nada.                      Pueden requerir autorización previa.</p>
<b>Cobertura inicial</b>	<p>Por el deducible de medicamentos con receta médica de la Parte D:                      Usted no paga nada.</p> <p>Dependiendo de su nivel de elegibilidad en Medicaid, el monto de su copago puede ser alguno de los siguientes:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos con marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago; o</li> <li>\$1.25 de copago; o</li> <li>\$3.40 de copago; o hasta un 25 % del costo</li> </ul> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago; o</li> <li>\$3.80 de copago; o</li> <li>\$8.50 de copago; o hasta un 25 % del costo</li> </ul> <p>Usted puede obtener los medicamentos en la red de farmacias de venta al público y en las farmacias que funcionan con el sistema de pedidos por correo.</p> <p>Si reside en un centro de asistencia médica a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia de venta al público.</p>

<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	
	<b>VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)</b>
<b>Cobertura inicial</b> <i>(continuación)</i>	Puede obtener los medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red. Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede concurrir a una farmacia dentro de la red. Existen ciertas circunstancias en las cuales podríamos cubrir los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Usted no paga nada.

## OTROS BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN 1 PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<b>Cuidados médicos de internación hospitalaria</b>	<b>VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)</b>
<b>Acupuntura y otras terapias alternativas<sup>1</sup></b>	Hasta 10 consultas al año: Usted no paga nada.
<b>Atención quiropráctica<sup>1</sup></b>	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de las vértebras de la columna se han desviado de su posición original): Usted no paga nada.
<b>Agencia de cuidado médico domiciliario<sup>1</sup></b>	Usted no paga nada. Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.
<b>Centro para enfermos terminales</b>	Usted no pagará nada por la atención recibida en un centro para enfermos terminales habilitado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los gastos por medicamentos y cuidados paliativos. Los hospitales de cuidados paliativos están cubiertos fuera de nuestro plan. Contáctenos para conocer más detalles.
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Para conocer los cuidados de salud mental que se les brindan a pacientes psiquiátricos internados, consulte la sección "Atención médica psiquiátrica" en este folleto.
<b>Servicios de cirugía para pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b>	Centro quirúrgico ambulatorio: Usted no paga nada. Hospital para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada.

## OTROS BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

**NOTA: LOS SERVICIOS MARCADOS CON UN 1 PUEDEN REQUERIR AUTORIZACIÓN PREVIA.**

<p><b>Cuidados médicos de internación hospitalaria</b></p>	<p><b>VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)</b></p>
<p><b>Productos de venta libre</b></p>	<p>Visite nuestro sitio web para consultar nuestra lista de productos de venta libre cubiertos.</p> <p>Cobertura para artículos de venta libre (OTC) de hasta \$100 por mes, que se puede usar para comprar productos relacionados con los cuidados de la salud de la lista de productos aprobados por el CMS (Centro de Servicios de Medicare y Medicaid).</p> <p>Los saldos remanentes al finalizar el mes no se acumulan para el mes siguiente.</p> <p>Cobertura adicional bajo Medicaid. Consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en este folleto.</p>
<p><b>Diálisis renal</b></p>	<p>Usted no paga nada.</p>



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

Los beneficios descritos a continuación son cubiertos por Medicaid. Los beneficios descritos en la sección titulada Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos, incluida en el Resumen de beneficios, corresponden a los beneficios cubiertos por Medicare. Para cada beneficio listado más abajo usted podrá ver cuál es la cobertura que ofrece el Plan Medicaid del estado de Nueva York y qué cubre nuestro plan. Lo que usted pague por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad en Medicaid.

La cobertura de los beneficios descritos más abajo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Sin importar su nivel de elegibilidad en Medicaid, el plan VNSNY CHOICE Total cubrirá los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios. Si tiene dudas sobre su elegibilidad en Medicaid y a qué beneficios tiene derecho, llame a: 1-866-783-1444 (TTY: 711).

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Ciertos servicios de salud mental, entre los que se incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitación psiquiátrica intensiva</li> <li>• Programas de tratamiento</li> <li>• Tratamiento diurno</li> <li>• Tratamiento diurno continuo</li> <li>• Gestión de casos psiquiátricos serios y persistentes grado III (patrocinado por las unidades de salud mental locales y estatales)</li> <li>• Internación parcial</li> <li>• Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)</li> <li>• Servicios orientados de recuperación personalizada (PROS)</li> </ul>	<p>Cubierto por Medicaid</p>	<p>No cubierto por el plan</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Servicios de cuidados personalizados contratados directamente por el consumidor</b></p>	<p>El plan Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios brindados por un asistente personal contratado directamente por el consumidor, bajo las instrucciones, supervisión y dirección del afiliado o del representante designado por el afiliado. Este beneficio incluye la atención personalizada o los servicios de una enfermera especializada.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los servicios brindados por un asistente personal contratado directamente por el consumidor, bajo las instrucciones, supervisión y dirección del afiliado o del representante designado por el afiliado. Este beneficio incluye la atención personalizada o los servicios de una enfermera especializada.</p> <p>No existe copago para los Servicios de atención personalizada contratada directamente por el consumidor que sea médicamente necesaria.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización y ciertas responsabilidades del miembro. Comuníquese con VNSNY CHOICE para obtener más información.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Servicios de odontología</b></p>	<p>Se cubren los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Medicaid cubre los servicios odontológicos, incluidos los cuidados preventivos necesarios, profilácticos y otros cuidados, servicios y suministros odontológicos de rutina, y las prótesis y suministros odontológicos para tratar problemas dentales serios. Los servicios de odonto-cirugía ambulatoria o para pacientes internados quedan sujetos a autorización previa.</p>	<p>El plan cubre los servicios cubiertos por Medicaid y usted tiene derecho a dos chequeos anuales, incluidas las limpiezas, rayos X y servicios de odontología restauradora básica, tal como arreglo de piezas dentales, extracciones y prótesis o implantes dentales.</p> <p>No existe copago para los servicios de odontología.</p>
<p><b>Capacitación para autogestión de la diabetes, terapia de nutrición y suministros</b></p>	<p>Se cubren los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, rayos X, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b></p>	<p>Se cubren los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para los servicios cubiertos.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Equipamiento médico duradero (DME) y Suministros médicos</b></p>	<p>Se cubren los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Medicaid cubre el equipamiento médico duradero, incluidos los dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales, prótesis o férulas, que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido; son utilizados principalmente y habitualmente con fines médicos; no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están usualmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. El DME debe estar indicado por un médico.</p> <p>No existe prerequisite de convalecencia en el hogar o invalidez, e incluye el DME no cubierto por Medicare cubierto por Medicaid (tal como banqueta para bañera, barras de apoyo, etc.).</p>	<p>El plan cubre el equipamiento médico duradero, incluidos los dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales, prótesis o férulas, que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido; son utilizados principalmente y habitualmente con fines médicos; no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están usualmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. Los DME deben ser solicitados por un médico habilitado. No existe prerequisite de convalecencia en el hogar o invalidez, e incluye el DME no cubierto por Medicare cubierto por Medicaid (tal como banqueta para bañera, barras de soporte, etc.).</p> <p>Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales/parenterales y suplementos, y baterías para audífonos.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Equipamiento médico duradero (DME) y Suministros médicos</b> <i>(continuación)</i></p>	<p>Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales/parenterales y suplementos, y baterías para audífonos.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p>La cobertura de las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales se limita a: individuos que son alimentados mediante vía nasogástrica, sonda de gastrostomía (sonda G) o sonda de yeyunostomía; individuos que han nacido con desórdenes metabólicos; adultos con un diagnóstico de infección por VIH, sida o enfermedades relacionadas con el VIH, u otras enfermedades o patologías, quienes se alimentan vía oral y quienes: necesitan nutrición complementaria y tienen un índice de masa corporal inferior a 18.5, o bien, requieren suplementos nutricionales y tienen un índice de masa corporal</p>	<p>No existe copago para el Equipamiento médico duradero (DME) y los Suministros médicos.</p> <p>La cobertura de las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales se limita a: individuos que son alimentados mediante vía nasogástrica, sonda de gastrostomía (sonda G) o sonda de yeyunostomía; individuos que han nacido con desórdenes metabólicos; adultos con un diagnóstico de infección por VIH, sida o enfermedades relacionadas con el VIH, u otras enfermedades o patologías, quienes se alimentan vía oral y quienes: requieren suplementos nutricionales y tienen un índice de masa corporal (IMC) por debajo de 18.5, o requieren suplementos nutricionales y tienen un índice de masa corporal por debajo de 22 junto con pérdida de peso involuntaria durante los pasados 6 meses o requieren apoyo nutricional vía oral en forma total cuando está</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Equipamiento médico duradero (DME) y Suministros médicos</b> <i>(continuación)</i></p>	<p>por debajo de 22 junto con pérdida de peso involuntaria durante los pasados 6 meses o requieren apoyo nutricional vía oral en forma total cuando está contraindicada la colocación de una sonda de alimentación.</p>	<p>contraindicada la colocación de una sonda de alimentación.</p>
<p><b>Servicios de Planificación familiar y Salud reproductiva</b></p>	<p>Los miembros pueden consultar a cualquier proveedor para recibir estos servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>No cubierto por el plan; los gerentes de prestaciones médicas de VNSNY CHOICE asistirán a los miembros para obtener acceso y coordinar estos servicios.</p>

**RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID**

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid del estado de Nueva York</b>	<b>VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)</b>
<b>Servicios de audición</b>	El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios y productos de audiología cuando sean médicamente necesarios para tratar una discapacidad causada por la pérdida o disminución de la audición. Entre los servicios se incluyen: selección de audífonos, ajustes y entrega; revisión de audífonos luego de su entrega, evaluaciones de conformidad y reparación de audífonos, servicios de audiología, incluidos los exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y prescripción médica de audífonos, productos audiológicos, incluidos los audífonos, moldes auditivos, ajustes especiales, baterías y piezas de reemplazo. No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.	El plan cubre los servicios y productos de audiología cuando sean médicamente necesarios para tratar una discapacidad causada por la pérdida o disminución de la audición. Entre los servicios se incluyen: selección de audífonos, ajustes y entrega; revisión de audífonos luego de su entrega, evaluaciones de conformidad y reparación de audífonos, servicios de audiología, incluidos los exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y prescripción médica de audífonos, productos audiológicos, incluidos los audífonos, moldes auditivos, ajustes especiales, baterías y piezas de reemplazo.  No existe copago para los exámenes auditivos y audífonos cuando sean médicamente necesarios.



## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Comidas en comedores comunitarios y entregadas en domicilio</b></p>	<p>No cubierto por Medicaid.</p>	<p>El plan puede proveerle comidas entregadas en domicilio o en comedores comunitarios de acuerdo con el plan de servicios orientado a su persona. Típicamente se proveen una o dos comidas por día a los individuos que no son capaces de prepararse la comida por sí mismos y a quienes no pueden acceder a servicios de cuidados personalizados para que los asistan con la preparación de sus alimentos.</p> <p>No existe copago para las Comidas en comedores comunitarios y entregadas en domicilio.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Servicios de atención médica en el hogar</b>  <i>(Incluye cuidados de enfermería especializada esporádicos que sean médicamente necesarios, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)</i></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios de atención médica en el hogar entre los que se incluye la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare (por ejemplo, fisioterapia para supervisar el programa de mantenimiento de pacientes que han alcanzado su máximo potencial de recuperación, o una enfermera para la preparación de jeringas para aplicaciones para individuos con discapacidades que sufren de diabetes) o servicios de asistencia sanitaria en el hogar según sea requerido por un plan de cuidados de la salud aprobado, desarrollado por una agencia de cuidados médicos domiciliarios habilitada.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los cuidados de enfermería especializados esporádicos que sean médicamente necesarios, servicios de asistencia sanitaria en el hogar y los servicios de rehabilitación. También incluye los servicios de cuidados médicos en el hogar no cubiertos por Medicare (es decir, servicios de cuidados médicos en el hogar con supervisión de una enfermera para personas médicamente inestables).</p> <p>No existe copago para las visitas médicas a domicilio.</p>
<p><b>Inmunizaciones</b></p>	<p>Se cubren los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para los servicios cubiertos.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Atención de salud mental</b></p>	<p>El plan Medicaid del estado de Nueva York cubre días ilimitados de atención psiquiátrica de pacientes internados más allá de los 190 días en su período de vida que establece como límite Medicare, según sea médicamente necesario.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los días adicionales más allá del límite de 190 días en su período de vida estipulado por Medicare.</p> <p>No existen deducibles o copagos para el caso de todos los servicios de salud mental que se brinden a pacientes psiquiátricos internados, incluidas las admisiones voluntarias o involuntarias para recibir tratamiento psiquiátrico.</p>
<p><b>Cuestionario sobre</b></p>	<p>El plan Medicaid del estado de Nueva York cubre una evaluación del estado/las necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de los planes de tratamiento, educación y asesoramiento nutricional, y capacitación en el trabajo. Incluye las consideraciones culturales.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Un médico nutricionista evaluará sus necesidades nutricionales y hará las recomendaciones que crea convenientes para ayudarlo a asegurarse de que su dieta sea coherente con sus necesidades personales.</p> <p>No existe copago para los servicios de nutrición.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Atención de pacientes ambulatorios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de observación directa para la tuberculosis</li> <li>• Atención médica diurna para adultos con sida</li> </ul> <p>Cubierto por Medicaid</p>	<p>No cubierto por el plan; los gerentes de prestaciones médicas de VNSNY CHOICE asistirán a los miembros para obtener acceso y coordinar estos servicios.</p>
<p><b>Cuidados de salud mental de pacientes ambulatorios</b></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El afiliado puede solicitar por sí mismo una evaluación de parte de un proveedor de la red en un período de 12 meses.</p> <p>No existe copago ni deducible para cada visita individual o grupal cubierta, visita a un médico psiquiatra, y servicios del programa de hospitalización parcial.</p> <p>Salvo en caso de una emergencia, pueden aplicarse ciertas reglas de autorización. Comuníquese con VNSNY CHOICE para obtener más información.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>El programa New York State Medicaid cubre los servicios de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST). Los servicios de OT y ST se limitan a veinte (20) visitas cubiertas por Medicaid por cada terapia y los servicios de PT se limitan a (40) visitas cubiertas por Medicaid por año, salvo para niños y adolescentes menores de 21 años y personas con discapacidad de desarrollo.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los servicios de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST). Los servicios de OT y ST se limitan a veinte (20) visitas cubiertas por Medicaid por cada terapia y los servicios de PT se limitan a (40) visitas cubiertas por Medicaid por año, salvo para niños y adolescentes menores de 21 años y personas con discapacidad de desarrollo.</p>
<p><b>Abuso de sustancias por parte de pacientes ambulatorios</b></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios de atención médica en caso de abuso de sustancias por pacientes ambulatorios.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El afiliado puede solicitar por sí mismo una evaluación de parte de un proveedor de la red en un período de 12 meses.</p> <p>No existe copago para los servicios de tratamiento de casos de abuso de sustancias por parte de pacientes ambulatorios.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Medicamentos de venta libre</b></p>	<p>Ciertos medicamentos de venta libre están cubiertos.</p>	<p>Consulte la sección de “Resumen de beneficios cubiertos por Medicare”, en “Beneficios médicos y hospitalarios adicionales cubiertos” de este folleto, para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de cuidados personalizados</b></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre la asistencia que sea médicamente necesaria para actividades tales como la higiene personal, vestirse y alimentarse, y tareas funcionales relacionadas con el apoyo nutricional y ambiental.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan coordinará la prestación de servicios de cuidados personalizados para ayudar con dichas actividades tales como la higiene, el vestirse o el alimentarse, y realizar tareas funcionales de apoyo ambiental. Los servicios de cuidados personalizados deben ser médicamente necesarios y aprobados por el médico.</p> <p>No existe copago para los servicios de cuidados personalizados.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)</b></p>	<p>El plan Medicaid del estado de Nueva York cubre los dispositivos electrónicos que les permiten a los individuos asegurarse de recibir ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre PERS, que es un sistema que le permite a un individuo llamar para pedir ayuda en una situación de emergencia con solo oprimir un botón. Una vez que se activa el botón de “ayuda”, se envía una señal a un centro de respuesta ante emergencias y se toman las acciones apropiadas para asistir al individuo en problemas. No existe copago para los servicios PERS. Contacte a VNSNY CHOICE para obtener una autorización previa y más información.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Servicios de enfermería privada</b></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios de enfermería privada mediante orden escrita del médico y una evaluación que indique que el individuo necesita cuidados continuos de parte de una enfermera que están más allá del alcance de los cuidados disponibles por parte de una agencia de cuidados médicos domiciliarios habilitada (CHHA) o cuando los servicios de enfermería esporádicos que normalmente brinda una CHHA no están disponibles. No existe copago para los servicios de enfermería privada que sean médicamente necesarios.</p>	<p>El plan cubre los servicios de enfermería privada mediante orden escrita del médico y una evaluación que indique que el individuo necesita cuidados continuos de parte de una enfermera que están más allá del alcance de los cuidados disponibles por parte de una agencia de cuidados médicos domiciliarios habilitada (certified home health agency, CHHA) o cuando los servicios de enfermería esporádicos que normalmente brinda una CHHA no están disponibles. No existe copago para los servicios de enfermería privada que sean médicamente necesarios.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos</b></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre prótesis, férulas y calzado ortopédico.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre las prótesis, férulas y el calzado ortopédico cubiertos por el plan Medicaid del estado de Nueva York.</p> <p>No existe prerrequisito de diabetes para recibir las prótesis.</p>



## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Centro de enfermería especializado (SNF)</b></p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre la atención en centros de enfermería especializados habilitados por Medicaid más allá de los primeros 100 días de cobertura que ofrece el plan Medicare Advantage.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los días adicionales más allá del límite de 100 días en su período de vida estipulado por Medicare.</p> <p>No existe copago para el beneficio de atención en Centros de enfermería especializados.</p>
<p><b>Apoyo social y ambiental</b></p>	<p>No cubierto por Medicaid.</p>	<p>El plan proveerá los insumos y servicios sociales y ambientales para satisfacer sus necesidades médicas. Estos insumos y servicios incluyen, sin limitación alguna, lo siguiente: tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de ama de casa/quehaceres domésticos, control de plagas, modificaciones en el hogar para mejorar su seguridad y cuidados paliativos.</p> <p>No existe copago para los servicios de apoyo social y ambiental.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Centros sociales de día</b></p>	<p>No cubierto por Medicaid.</p>	<p>El plan cubre los programas de atención en centros de día, que le permiten sociabilizar, recibir atención personalizada y nutrición en un entorno protegido. Usted también puede recibir servicios tales como mejoras en su capacidad para desenvolverse en el hogar, transporte y asistencia por parte de un cuidador o acompañante. En caso de estar interesado, su Gerente de Prestaciones Médicas puede hacer los arreglos necesarios para que usted asista a un Centro social de día.</p> <p>No existe copago para los servicios en Centros sociales de día.</p>
<p><b>Servicios para controlar el abuso de sustancias</b></p>	<p>Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona cubiertos por Medicaid</p>	<p>No cubierto por el plan; los gerentes de prestaciones médicas de VNSNY CHOICE asistirán a los miembros para obtener acceso y coordinar estos servicios.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<p><b>Transporte</b> (de rutina y no de emergencia)</p>	<p>El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre el transporte esencial para obtener los servicios y cuidados médicos necesarios cubiertos como parte de los beneficios del plan o mediante el pago de una tarifa de servicios estipulada por Medicaid. Los servicios de transporte incluyen ambulancia, camioneta para personas con discapacidad, taxi, vehículos de alquiler, transporte público y demás medios adecuados al estado de salud del afiliado; y transporte para que un asistente acompañe al afiliado, en caso de ser necesario</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Usted tiene cobertura para el transporte requerido para recibir la atención médica que sea necesaria y demás servicios relacionados con el cuidado de la salud. La cobertura incluye: camioneta para personas con discapacidad, servicio de vehículos y transporte público.</p> <p>No existe copago por viaje para los servicios de transporte que sean médicamente necesarios, ilimitados, de rutina y no de emergencia hacia sitios aprobados por el plan.</p> <p>Comuníquese con VNSNY CHOICE para obtener más información.</p>

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
<b>Servicios oftalmológicos</b>	El plan de salud Medicaid del estado de Nueva York cubre los servicios y suministros de Optometría, Oftalmología y Oftálmicos, incluidos los anteojos, lentes de contacto que sean médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos prostéticos (en stock o diseñados a la medida del cliente), accesorios para corregir la visión deficiente y servicios para el tratamiento de la visión deficiente. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye los exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares.	El plan de cubre los servicios y suministros de Optometría, Oftalmología y Oftálmicos, incluidos los anteojos, lentes de contacto que sean médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos prostéticos (en stock o diseñados a la medida del cliente), accesorios para corregir la visión deficiente y servicios para el tratamiento de la visión deficiente. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye los exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción ocular se limitan a uno cada dos (2) años, salvo que médicamente se justifique lo contrario.
<b>Servicios oftalmológicos</b> <i>(continuación)</i>	Los exámenes de refracción ocular se limitan a uno cada dos (2) años, salvo que médicamente se	Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, salvo que sea médicamente necesario o que se pierdan,

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Beneficio	Plan Medicaid del estado de Nueva York	VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)
	<p>justifique lo contrario. Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, salvo que sea médicamente necesario o que se pierdan, se dañen o se destruyan los lentes.</p> <p>No existe copago para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>se dañen o se destruyan los lentes.</p> <p>No existe copago para los exámenes oftalmológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>No existe copago para un examen oftalmológico de rutina por año, incluido en examen para detectar el glaucoma.</p> <p>No existe copago para un par de lentes (cristales y marcos) o lentes de contacto por año.</p>

<b>RESUMEN DE BENEFICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICAID</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid del estado de Nueva York</b>	<b>VNSNY CHOICE Total (HMO SNP)</b>
<b>Terapia de observación directa para la tuberculosis</b>	Cubierto por Medicaid	No cubierto por el plan
<b>Administración de casos de VIH de COBRA</b>	Cubierto por Medicaid	No cubierto por el plan
<b>Servicios ofrecidos a través de la Oficina de Atención para Personas con Discapacidad de Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)</b>	Cubierto por Medicaid	No cubierto por el plan
<b>Servicios de rehabilitación provistos a residentes de las residencias comunitarias (Community Residences, CR) habilitadas de la Oficina de Salud Mental y por los programas de tratamiento con base en la familia</b>	Cubierto por Medicaid	No cubierto por el plan

## **DEFINICIONES ÚTILES**

**Cuidados paliativos:** cuidados y atención recibida en sus últimos días de vida, que generalmente se brindan en el hogar o en otra institución en la que usted viva, como un hogar de ancianos. Para ser elegible, su médico y un médico del centro de atención para enfermos terminales deben certificar que usted tiene una enfermedad terminal, con una expectativa de vida de seis meses o menos. Esto también cubre los cuidados paliativos de pacientes internados por un plazo de 5 días en una institución aprobada por Medicare, de forma tal que su cuidador habitual (familiar o amigo) pueda descansar.

**Servicios de cuidados médicos en el hogar:** incluye una amplia gama de servicios que se le pueden brindar en su domicilio por una enfermedad o lesión. Entre los ejemplos de estos servicios se incluyen los siguientes: atención de enfermería especializada, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y servicios médico-sociales. Un doctor debe certificar que usted necesita estos servicios a domicilio.

**Centro de enfermería especializada:** luego de ser dado de alta del hospital, usted puede necesitar cuidados médicos altamente especializados que se encuentran fuera del alcance de lo que su familia o amigos pueden brindarle. Puede ser atendido en un centro de enfermería especializada para recibir cuidados específicos adicionales o servicios de rehabilitación. Para calificar, su doctor debe certificar que usted necesita cuidados diarios especializados; por ejemplo, inyecciones intravenosas o fisioterapia.

**Servicios de emergencia:** usted debería concurrir a una sala de emergencias cuando tiene una lesión seria, una enfermedad repentina o una enfermedad que está empeorando rápidamente.

**Atención de urgencia:** si usted tiene una lesión menor o una enfermedad que no constituye una emergencia, y no puede conseguir una cita a tiempo con su médico de cuidados primarios, concurrir a un centro de atención de urgencia puede ser una buena opción.

VNSNY CHOICE Total es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare. Este plan también es un plan Medicaid Advantage Plus, con un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. La inscripción en VNSNY CHOICE Total depende de la renovación del contrato.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información.

Para obtener adaptaciones para personas con necesidades especiales en reuniones, llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).





**CHOICE<sup>SM</sup>**  
**Health Plans**

**¿Tiene preguntas? Llámenos gratis al:**

1-866-783-1444 (TTY: 711)

7 días de la semana, de 8 am – 8 pm

220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017

[www.vnsnychoice.org](http://www.vnsnychoice.org)