

MetroPlus Health

4000 1234 5678 9010

CARD EXPIRES 05/31

MEMBER NAME

VALID ONLY IN THE UNITED STATES

OTC Network

Resumen de beneficios de 2027 de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

Este es un resumen de los medicamentos y servicios médicos cubiertos por MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

MetroPlusHealth



Nombre _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Nuestro **MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)** es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que ofrece cobertura de Medicare con beneficios adicionales, que incluye beneficios de transporte y medicamentos de venta libre, servicios oftalmológicos y odontológicos ampliados y una sólida red de proveedores en los cinco condados. ¡Además, ofrece un excelente Programa de Recompensas para Miembros! La cobertura de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) es adicional a los servicios que usted puede ser elegible para recibir a través del programa Medicaid del Estado de Nueva York.



Para obtener más información, llame al **866.986.0356** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. En cualquier otro momento, llame a nuestro servicio de respuesta fuera del horario normal de consultas al 800.442.2560. La llamada es gratuita.



Gimnasio, transporte, oftalmología y tarjeta Flex: 866.986.0356 (TTY: 711)



Servicios odontológicos: 866.986.0356 (TTY: 711)

Tabla de contenidos

Lista de verificación previa a la inscripción (PECL)..... 5

Descripción general del plan..... 9

Información sobre Extra Help..... 10

Beneficios y costos compartidos..... 12

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid..... 20

Lista de verificación previa a la inscripción (PECL)

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Debe estudiar los puntos siguientes antes de concluir la inscripción. Si usted tiene alguna pregunta, llame a la Línea de Ayuda para ver una copia de su EOC.

La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **metroplusmedicare.org** para ver una copia de la EOC o póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a .m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.

Consulte el directorio de proveedores/farmacias (o a su médico) para asegurarse de que sus proveedores actuales (médico de atención primaria y especialistas) formen parte de la red. Si no los encuentra en el directorio, significa que probablemente tendrá que seleccionar a un proveedor nuevo.

¿Hay otros centros preferidos que deberían estar en la red? Si contestó que sí, por favor explique:

¿Su hospital se encuentra en la red? Si no se encuentra en la red, tendrá que elegir un nuevo hospital que forme parte de la red.

Consulte el directorio de proveedores/farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para medicamentos recetados forme parte de la red. Si la farmacia no se encuentra en el directorio, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para los medicamentos recetados del beneficiario.

Comprenda que la información del programa Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare se le enviará y se incluirá con su paquete de correspondencia, en el que se enviará la tarjeta de identificación de miembro en el momento de la inscripción.

¿Revisó el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos? Si no lo hizo, quizá deba pagar el costo total de dichos medicamentos recetados.

¿Tiene otras necesidades para el cuidado de su salud, como la obtención de equipo médico duradero o fisioterapia? Si contestó que sí, explique:

Comprenda normas importantes, como las siguientes:

Además de su prima mensual del plan, en caso de que le corresponda una prima del plan (en algunos de nuestros planes, los miembros pagan una prima de $0), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se toma cada mes del cheque del Seguro Social del beneficiario.

Los beneficios, las primas o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Excepto en situaciones de emergencia, situaciones de atención de urgencia o ciertas disposiciones estatales/federales, generalmente no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (aquellos que no se encuentran en nuestro directorio).

Si se está inscribiendo en uno de nuestros planes de necesidades especiales con doble elegibilidad, ya sea MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) o MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Si se está inscribiendo en nuestro plan MetroPlus Platinum Plan (HMO), su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid.

Efecto sobre la cobertura actual. Usted comprende que puede estar inscrito en un único plan de Medicare Advantage (MA) a la vez y que, al inscribirse en este plan, finalizará de forma automática su inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio [PFFS, por sus siglas en inglés] y los planes de cuentas de ahorros médicos [MSA, por sus siglas en inglés] de MA). Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.

Corresponde a MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) y MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) <u>únicamente</u>: La atención de emergencia se cubre tanto en los Estados Unidos como en el mundo entero (fuera de los EE. UU.). Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente para servicios de emergencia médicamente necesarios.

Aplicable solo para el MetroPlus Platinum Plan (HMO): La atención de emergencia se ofrece solo dentro de Estados Unidos y sus territorios.

Los planes funcionan según el año calendario, lo que significa que los beneficios, las primas o los copagos/coaseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

Los beneficios odontológicos, de la vista y de la audición están sujetos a limitaciones del plan y deben revisarse durante el análisis del Resumen de beneficios.

Usted tiene derecho a cancelar esta afiliación antes de la fecha de entrada en vigencia de su membresía, para lo que debe llamar a MetroPlusHealth al **866.986.0356** a fin de obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a .m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.

Usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió por parte de un proveedor o de una farmacia. Debe llamarnos al **866.986.0356** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a .m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Envíe un fax al 212.908.5196 o envíe una carta a MetroPlusHealth Plan, 50 Water St. 7th Fl, New York, NY 10004.



- El plan MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que ofrece cobertura de Medicare con beneficios adicionales. La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la Evidencia de cobertura a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la página 31). Su prima mensual y los costos compartidos dependerán de su nivel de Extra Help. Si es elegible para los beneficios completos de Medicaid, su deducible, copagos y coaseguros podrían ser hasta de $0.
- Extra Help es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.
- Para inscribirse en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano estadounidense o estar residiendo legalmente en los Estados Unidos y residir en Manhattan, Brooklyn, Queens, el Bronx o Staten Island. Además, debe ser elegible tanto para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicaid o Medicare en virtud de Medicaid.
- MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar esos servicios. Puede ver el directorio de proveedores y farmacias y la Evidencia de cobertura de nuestro plan en **metroplusmedicare.org**. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del directorio.
- MetroPlus es un plan de salud sin fines de lucro, que se concentra en la calidad de la atención de sus miembros hace más de 40 años. Somos una subsidiaria de NYC Health + Hospitals, el sistema de salud municipal más grande de los Estados Unidos, y nuestros miembros disfrutan de la ventaja de poder utilizar todos los hospitales y las clínicas de este sistema. Además, tenemos más de 34,000 proveedores de servicios de salud a lo largo y ancho de los cinco distritos de la ciudad de Nueva York. MetroPlus tiene más de 650,000 miembros con alto nivel de satisfacción.
- Nosotros ayudamos a coordinar la atención entre su médico de atención primaria, los especialistas y otros proveedores para que usted reciba el diagnóstico y el tratamiento apropiados y no tenga que realizarse exámenes ni tratamientos innecesarios. Todos los miembros de Medicare reciben una evaluación de riesgos de salud, en la que se les recomienda participar activamente, que estudia sus servicios y apoyos médicos y de salud conductual a largo plazo, así como sus necesidades sociales, para ayudarnos a identificar a los miembros que se beneficiarían con un plan de gestión de la atención diseñado específicamente para ellos.
- Los miembros que tienen necesidades complejas de atención son tratados por un equipo que incluye personal de enfermería registrado, trabajadores sociales y asesores de salud y bienestar, en colaboración con los proveedores del miembro, proveedores internos y otros departamentos que sean necesarios con el fin de satisfacer las necesidades del miembro, cubrir las brechas en su atención y vincularlo con recursos de la comunidad y proveedores de atención médica. El equipo de gestión de la atención integral elabora metas e intervenciones personalizadas para mejorar la calidad de los resultados, prevenir potenciales reingresos al hospital, reducir las hospitalizaciones evitables y garantizar que los miembros se mantengan seguros en la comunidad.
- Contamos con “gestión de servicios de cuidado personal”. Colaboramos estrechamente con agencias de asistencia de salud en el hogar para coordinar, acelerar y mejorar la prestación de sus servicios de asistencia de salud en el hogar (HHA, por sus siglas en inglés) (asistentes en el hogar), dependiendo de las necesidades médicas del miembro.
- También contamos con el programa de “transición de la atención”, que brinda servicios de coordinación y continuidad de la atención para los miembros que se transfieren de un entorno para pacientes hospitalizados a otro entorno de atención. Un gestor de atención ayudará al miembro durante el proceso de transición con apoyo y coordinación para su alta, lo que incluirá habilidades de autogestión, conciliación de medicamentos y cumplimiento respecto a los medicamentos, una mejor coordinación de la atención para todas las necesidades del miembro y apoyo con sus citas de seguimiento.

Descripción general del plan

El MetroPlus Advantage Plan es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales (D-SNP, por sus siglas en inglés) que ofrece cobertura de Medicare con beneficios adicionales, así como servicios que usted puede tener derecho a recibir conforme al programa Medicaid del estado de Nueva York. Se considera que los miembros que cuentan con Medicare y Medicaid tienen elegibilidad dual.

Para ser elegible para MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), usted debe:

- Tener tanto la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) como la Parte B de Medicare (cobertura médica)
- Vivir en la ciudad de Nueva York (condados de Bronx, Kings, New York, Queens o Richmond)
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar de forma legal en los Estados Unidos

También debe ser elegible para Medicaid en alguna de las siguientes categorías:

- Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés). Los miembros con estatus de QMB son cubiertos por el programa Medicaid de Nueva York para sus costos compartidos de Medicare. Algunos miembros que son QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (QMB+).
- Elegible para todos los beneficios duales (FBDE, por sus siglas en inglés). Los miembros con estatus de FBDE están inscritos en el programa Medicaid de Nueva York que paga sus costos compartidos de Medicare. Estos miembros también son elegibles para recibir beneficios adicionales de Medicaid.

Debe volver a certificar su afiliación a Medicaid cada año, ya sea por correo, por teléfono o en persona. Recibirá una carta de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (o del Departamento de Servicios Sociales de su localidad) en la que le pedirán que renueve su certificación. Si no encuentra su carta, o si no la recibió, llame a nuestro número de Servicios al Miembro al **866.986.0356** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.

Dependiendo de sus ingresos, también puede cumplir con los requisitos del Programa de Ahorros de Medicare para pagar su prima mensual de la Parte B. Llámenos al **866.986.0356** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m., para que lo ayudemos a inscribirse en el Programa de Ahorros de Medicare.

Si no cumple los requisitos para recibir Medicaid, tenemos otros planes que pueden ser adecuados para usted. Para obtener más información, llame al **833.965.1526** (TTY:711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. o visite nuestro sitio de internet en **metroplus.org/better-medicare**.

Además de la cobertura de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), también recibirá cobertura de Medicaid. Si tiene Medicaid, su beneficio de Medicaid ayudará con sus copagos, coaseguros y deducibles.

Con Medicaid completo, usted paga $0 por sus servicios de salud de Medicare. Además, puede cubrir otros servicios de salud que habitualmente no cubre Medicare. Es importante entender que los beneficios de Medicaid pueden variar en base a su nivel de ingresos y otros estándares. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año. Dependiendo de su estado actual, podría no ser elegible para todos los beneficios de Medicaid. Sin embargo, mientras sea un miembro de nuestro plan, puede acceder a los beneficios del plan.

El presente es un documento resumido y no incluye todos los servicios cubiertos, ni describe todas las limitaciones y exclusiones. Puede consultar la lista completa de los servicios cubiertos por este plan en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). Puede ver una copia de la EOC de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) en el sitio de internet en **metroplus.org/plans/medicare/advantage-health-plan**.

¿Necesita ayuda para pagar los costos de su atención médica?

Es probable que usted ya esté inscrito en los siguientes programas de asistencia financiera. Sin embargo, si tiene dudas sobre el estado de su inscripción o tiene preguntas sobre su elegibilidad, llame a los números que aparecen en la tabla.

	Extra Help o Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) administrado por la Administración del Seguro Social	Programas de Ahorros de Medicare (cuatro niveles) administrados por el Estado de Nueva York	Medicaid administrado por el Estado de Nueva York
Cómo ayuda este programa	Paga las primas mensuales de la Parte D de Medicare (medicamentos recetados) hasta $38.99 en 2027. Mantiene los copagos de la Parte D de Medicare en un monto muy bajo.	Algunos niveles pagan una prima de la Parte A, una prima de la Parte B o ambas. Algunos pagan los copagos y coaseguros de Medicare. Ninguno paga los costos de los servicios que Medicare no cubre.	Paga los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare, solamente de la Parte A (hospitales) y la Parte B (servicios médicos). Paga algunos servicios que Medicare podría no cubrir. No paga la prima de la Parte B.
¿Es usted elegible para otros programas?	Si cuenta con el programa Extra Help, también podría contar con Medicaid o con un Programa de Ahorros de Medicare, pero no necesariamente, ya que los niveles de ingresos que le permiten ser elegible para Extra Help son más altos.	El Programa de Ahorros de Medicare ayuda a cubrir costos de desembolso personal asociados con Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguros. Son administrados por programas estatales de Medicaid y están disponibles para los beneficiarios de Medicare que cumplen límites específicos de ingresos y recursos. Con frecuencia, calificar para un tipo de programa de ahorros significa que califica automáticamente para otros.	Todas las personas que tienen Medicare y Medicaid también cuentan con el programa Extra Help. Algunas personas que tienen Medicare y Medicaid también tienen niveles de ingresos que los vuelven elegibles para los Programas de Ahorros de Medicare.
¿Es elegible para Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)?	Si es elegible para Medicare y Medicaid, también podría ser elegible para recibir un Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés). Este programa les paga beneficios a los adultos y menores con discapacidades que cuentan con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de SSI también son pagaderos a las personas de 65 años de edad o más que no tienen discapacidades y cumplen con los límites financieros. Para obtener más información, llame a la oficina del Seguro Social de su localidad al 800.772.1213 (TTY: 800.325.0778).		

Usted podría ser elegible para uno de los programas, para dos de ellos o para los tres, dependiendo de sus ingresos y necesidades. Cada programa tiene diferentes niveles de ingresos para tener elegibilidad. Extra Help tiene el nivel de elegibilidad que permite ingresos más altos, y Medicaid tiene el nivel de ingresos más bajos. Llámenos al 866.986.0356 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m., para averiguar si califica para estos programas.

Si tiene alguno de estos programas, también puede ser elegible para el Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés). EPIC puede ayudar con el costo de sus medicamentos y sus primas, y usted puede tener EPIC y Extra Help al mismo tiempo. También puede ser elegible para EPIC incluso si no es elegible para Extra Help, para el Programa de Ahorros de Medicare ni para Medicaid. Llame al 800.332.3742 (TTY: 800.290.9138) para más información.

Sitio de internet de MetroPlusHealth sobre Medicare

- **metroplus.org/medicare**
- **866.986.0356** (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m.

Medicare

- 800.MEDICARE (800.633.4227), TTY: 877.486.2048, los 7 días de la semana, las 24 horas del día
- **medicare.gov**

Seguro Social

- 800.772.1213, TTY: 800.325.0778, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC)

- 800.332.3742, TTY: 800.290.9138, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

MyChart

Los miembros de MetroPlusHealth que se atienden en los centros de NYC Health + Hospitals ahora tienen acceso a MyChart. MyChart es un portal seguro y sin costo que puede usar para gestionar su información de salud. MyChart le permite hacer lo siguiente:

- Programar citas con su médico o especialista
- Enviar un mensaje a su médico con preguntas sobre la salud
- Solicitar reposiciones de sus medicamentos recetados
- Acceder a los resultados de las pruebas

Portal para miembros

Con el portal para miembros de MetroPlusHealth, usted puede:

- Buscar un médico, farmacia, centro de atención de urgencia o clínica de nuestra red
- Consultar e imprimir los formularios que necesite
- Ver o imprimir una tarjeta de identificación para miembros temporal
- Ver sus reclamaciones y autorizaciones médicas recientes
- Consultar sus beneficios
- Cambiar su proveedor de atención primaria (PCP)
- Contestar una encuesta en línea para su evaluación de salud anual
- Ver la lista completa de los medicamentos recetados cubiertos por su plan
- ¡Y más!

Recomendaciones para usar su MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

- **Acuda a proveedores y farmacias de la red**

  MetroPlusHealth tiene una red con más de 34,000 proveedores, 40 hospitales y 110 centros de atención de urgencia a lo largo y ancho de la ciudad de Nueva York. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios.

  Puede consultar una lista de los proveedores y las farmacias de nuestra red en **metroplus.org/plans/medicare/advantage-health-plan** o llamarnos al **866.986.0356**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m., para que le enviemos una copia por correo.

- **Lea el manual "Medicare y usted"**

  Esta guía de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) le ayudará a entender sus opciones de Medicare. Visite **medicare.gov/medicare-and-you** para ver el manual en internet, o llame al teléfono 800.MEDICARE (800.633.4227), TTY: 877.486.2048 para solicitar una copia. Usted puede llamar las 24 horas del día, 7 días a la semana. También puede descargar una copia del manual en el sitio de internet **medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html**.

- **Considere los servicios de atención a largo plazo**

  Si necesita servicios de atención a largo plazo, como un asistente de salud en el hogar que le ayude a bañarse, vestirse y realizar otras actividades cotidianas, podría ser elegible para el plan MetroPlus Ultracare (HMO D-SNP). Póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560 para obtener más información. Esta llamada es gratuita. O visite **metroplus.org/plans/medicare/ultra-care**.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga $0 o hasta $58.80, dependiendo de su nivel de Extra Help.	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, puede pagar incluso $0 por su prima de la Parte B.
Deducible	$0 o $283 dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, puede pagar incluso $0.
Responsabilidad máxima de desembolso personal (no incluye medicamentos recetados)	$9,250 anuales.	El monto máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos de servicios médicos durante el año. Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, puede pagar incluso $0.
Cobertura para pacientes hospitalizados en el hospital	Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, $0 o: • Deducible de $1,736 • Días 1–60: copago de $0 por día • Días 61–90: copago de $434 por día • 60 días de reserva vitalicia: copago de $868 por día	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Usted puede ser elegible para recibir beneficios adicionales dependiendo de su elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	

Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad de costos compartidos para los servicios de Original Medicare.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Visitas al médico • Médico de atención primaria y especialistas	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión para el especialista.
Atención preventiva	Usted no paga nada.	Cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	Usted paga cero o 20% del costo (hasta $115), dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Si ingresa al hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia.
Servicios de necesidad urgente	Usted paga cero o 20% del costo (hasta $40), dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Si lo admiten en el hospital en los siguientes 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por los servicios de necesidad urgente.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Estudios de imagen		
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión. Algunos servicios requieren la autorización previa de su médico o de otros proveedores de la red. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
• Servicios de laboratorio	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
• Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética)	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
• Radiografías para pacientes ambulatorios	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
Servicios de audición	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio cubiertas por Medicare. Copago de $0 para audífonos (hasta una cobertura máxima de $2,000 para ambos oídos cada año, más un examen de la audición de rutina por año y ajuste de audífonos de rutina por año).	Puede requerir una remisión o autorización previa. Para ver información adicional, consulte la Evidencia de cobertura para 2027 de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Servicios odontológicos	Usted no paga nada.	Servicios cubiertos: Exámenes bucales Radiografías dentales Servicios dentales de diagnóstico Profilaxis (limpieza) Tratamiento con fluoruro Servicios dentales preventivos Servicios de restauración Endodoncia Periodoncia Prostodoncia Prótesis maxilofaciales Servicios de implante Prostodoncia Cirugía bucal y maxilofacial Servicios generales adyuvantes para ortodoncia Todos los servicios están sujetos a las reglas y limitaciones del plan.
Servicios de cuidado de la vista	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión.
Beneficios para anteojos	Los anteojos están cubiertos hasta un total de $500 por año para: • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones	Este beneficio se puede combinar con sus beneficios de Medicaid para proporcionar cobertura para lentes adicionales o para comprar lentes más allá del límite de gastos de Medicaid. Se requiere una remisión. Para obtener más información, llame al **866.986.0356**

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, $0 o: • Deducible de $1,736 • Días 1–60: copago de $0 por día • Días 61–90: copago de $434 por día • 60 días de reserva vitalicia: copago de $868 por día	Se requiere una autorización previa.
Servicios de salud mental (paciente ambulatorio)	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
Centro de enfermería especializada	Dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid, $0 o: • Usted no paga nada por los días 1 al 20 • Copago de $217 por día por los días 21 al 100	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Se requiere una autorización previa.
Fisioterapia	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere una remisión. Se requiere autorización previa para más de 10 visitas al año.
Ambulancia	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	
Transporte en casos que no son de emergencia	50 traslados de ida a centros relacionados con la salud	Nuestro plan cubre 50 traslados de ida por año a la dirección de un proveedor aprobado. No se requiere remisión ni autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Usted paga cero o 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Usted paga cero o 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Puede que se requiera una autorización previa o terapia escalonada.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Equipo médico/ Suministros • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, férulas, extremidades artificiales) • Suministros para diabetes	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Se requiere autorización previa.
Atención del pie (servicios de podología) • Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple con ciertas condiciones • Atención podológica de rutina	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. • Usted no paga nada.	Tiene disponibles 12 visitas de atención podológica de rutina por año. Se requiere una remisión.
Examen físico anual	Usted no paga nada.	
Servicios de Telesalud	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Los servicios de telesalud cubiertos incluyen: Servicios de necesidad urgente; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; otros profesionales médicos; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones individuales para tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias; y capacitación en autocontrol de la diabetes. Se requiere una remisión, excepto para servicios de salud conductual.
Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides	Usted no paga nada.	Se requiere autorización previa solamente para los servicios para pacientes hospitalizados.
Acupuntura	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.	Visitas ilimitadas por año; se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	Lo que debe saber
Beneficio de acondicionamiento físico	Reembolso de membresía para acondicionamiento físico.	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) le rembolsará hasta $250 cada seis meses por el costo de su membresía en instalaciones deportivas autorizadas. Para obtener más información, llame al **866.986.0356** (TTY: 711).
Alimentos después del alta	Usted no paga nada.	Los miembros son elegibles para hasta 20 comidas durante los 5 días posteriores al alta de un entorno para pacientes hospitalizados para regresar a su hogar. Se requiere autorización previa. Para obtener más información, llame al **866.986.0356** (TTY: 711).
Tarjeta Flex	Usted recibe $780 trimestralmente.	Los miembros recibirán un importe de $780 por trimestre que se puede usar para pagar productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), asistencia para el alquiler, comestibles, dispositivos de seguridad para el baño, servicios públicos, suministros para mascotas, servicios quiroprácticos y un Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés). Los importes de este beneficio no se acumulan de un trimestre al siguiente. Le informamos que recibir la tarjeta Flex puede demorar hasta 3 semanas desde la fecha de inscripción.
Sala de emergencias a nivel mundial	La atención de emergencia se cubre tanto en los Estados Unidos como en el mundo entero (fuera de los EE. UU.) hasta el monto máximo permisible de Medicare menos el costo compartido incurrido por el miembro. Si tiene una emergencia (necesita atención) fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente para servicios de emergencia médicamente necesarios.	Para solicitar el formulario de reembolso, llame al **866.986.0356** (TTY: 711).

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios		
Etapa 1	**Etapa de deducible anual**	El deducible es de $700. Dependiendo de su nivel de Extra Help, puede pagar $0 durante esta etapa.
Etapa 2: Cobertura inicial	Dependiendo del nivel de Extra Help que reciba, puede pagar los siguientes montos de costo compartido:	
	Nivel 1 y 2	**Copago de $0**
	Nivel 3	$0, $1.65, $5.80 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados genéricos O bien $0, $5.00, $14.40 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por todos los demás medicamentos
	Nivel 4	$0, $1.65, $5.80 o un coaseguro del 27% (si no recibe Extra Help) por medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados genéricos O bien $0, $5.00, $14.40 o un coaseguro del 27% (si no recibe Extra Help) por todos los demás medicamentos
	Nivel 5	$0, $1.65, $5.80 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados genéricos O bien $0, $5.00, $14.40 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por todos los demás medicamentos
	Una vez que los costos de desembolso personal anual alcanzan los $2,400, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica)	
Etapa 3	**Etapa de cobertura catastrófica**	
	• Todos los medicamentos de la Parte D • Copago de $0 Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa hasta que termine el año.	

Nunca pagará más de $35 por un suministro de un mes por productos de insulina cubiertos. Además, las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) no tendrán ningún costo para usted.



Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) es un plan de elegibilidad dual para necesidades especiales que coordina su cobertura de Medicare con beneficios y servicios adicionales e integrales que usted puede tener derecho a recibir en virtud de un plan de atención administrada de Medicaid de MetroPlusHealth o del programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Se considera que los miembros que cumplen los requisitos para recibir Medicare y Medicaid tienen elegibilidad dual. Como miembro con elegibilidad dual, usted es elegible para beneficios del Programa Medicare federal y también del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Los beneficios adicionales de Medicaid que usted recibe pueden variar conforme a sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos miembros con elegibilidad dual no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Las categorías de beneficios y los tipos de asistencia de Medicaid que brinda nuestro plan son:

- **Programa para Individuos Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** Pago de sus primas de la Parte A de Medicare únicamente.
- **Persona que cumple los requisitos (QI, por sus siglas en inglés):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare únicamente.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare.
- **Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos (QMB únicamente):** Pago de sus primas, deducibles y costos compartidos de la Parte A y de la Parte B de Medicare (excluyendo los copagos de la Parte D).
- **QMB-Plus:** Pago de su prima, deducibles y costos compartidos de la Parte A y de la Parte B de Medicare (excluyendo los copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.

Las siguientes tablas muestran los servicios que están disponibles bajo Medicaid para las personas que califican para los beneficios completos de Medicaid. En el caso de los miembros de MetroPlusHealth Medicaid Managed Care, muchos de esos beneficios serán cubiertos por nuestro plan; consulte su manual del miembro de MetroPlusHealth Medicaid Managed Care para ver más información. Para los demás miembros, estos beneficios serán cubiertos por pago por servicio de Medicaid. Es importante entender que los beneficios de Medicaid pueden variar en base a su nivel de ingresos y otros estándares. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año. Dependiendo de su estado actual, podría no ser elegible para todos los beneficios de Medicaid. Sin embargo, mientras sea un miembro de nuestro plan, puede acceder a los beneficios del plan, independientemente de su estado de Medicaid.

Para obtener la información más actualizada y precisa sobre su elegibilidad y sus beneficios, comuníquese con la **Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York** al **718.557.1399**. Para recibir asistencia adicional, también puede comunicarse con **Servicios al Miembro de MetroPlusHealth Medicaid Managed Care** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

CUBIERTO POR MEDICAID

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Cobertura para pacientes hospitalizados en el hospital	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Hasta 365 días por año (366 en el caso de años bisiestos)	$0 o: • Deducible de $1,736 • Días 1–60: copago de $0 por día • Días 61–90: copago de $434 por día • 60 días de reserva vitalicia: copago de $868 por día
Cobertura para pacientes ambulatorios en el hospital		
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Centro quirúrgico ambulatorio	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Consultas médicas		
• Médico primario	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Especialistas	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Atención preventiva	Cubierto.	Los servicios preventivos incluyen conceptos como pruebas de diabetes, estudios de detección de cáncer, vacunas de rutina y asesoría sobre salud mental y física. Consulte la guía de la Evidencia de cobertura (EOC) para ver la lista completa de servicios de atención preventiva.
Atención de emergencia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo (hasta $115) dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Servicios de necesidad urgente	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo (hasta $40) dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/ Estudios de imagen		
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Servicios de laboratorio	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética)	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Radiografías para pacientes ambulatorios	• Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de audición	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios y productos de la audición cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; revisiones de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluyendo audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y repuestos.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio cubiertas por Medicare. Además, cubrimos audífonos con un copago de hasta $0, hasta una cobertura máxima de $2,000 para ambos oídos cada año, más un examen de la audición de rutina por año y ajuste de audífonos de rutina por año.
Servicios dentales	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios dentales cubiertos por Medicaid, incluso la atención preventiva necesaria, eliminación del sarro y demás atención odontológica de rutina, servicios y suministros y prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Servicios de cirugía dental para pacientes ambulatorios u hospitalizados, sujetos a una autorización previa.	Además, cubrimos los siguientes servicios dentales integrales, incluyendo restauración y prostodoncia, endodoncia y periodoncia. Usted no paga nada por estos servicios dentales integrales.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Servicios oftalmológicos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluyendo anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencia o hechos a medida), ayudas para visión deficiente y servicios de baja visión. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de partes. La cobertura además incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades de la vista. Los exámenes para refracción están limitados a cada dos (2) años, a menos que de otra manera se justifique como médicamente necesario. Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, dañen o destruyan.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid para servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare. Además, cubrimos los anteojos hasta un total de $500 por año para: • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones Este beneficio se puede combinar con sus beneficios de Medicaid para proporcionar cobertura para lentes adicionales, o para comprar lentes más allá del límite de gastos de Medicaid.
Servicios de salud mental (paciente hospitalizado)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	$0 o: • Deducible de $1,736 • Días 1–60: copago de $0 por día • Días 61–90: copago de $434 por día • 60 días de reserva vitalicia: copago de $868 por día
Centro de enfermería especializada	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Medicaid cubre los días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare.	$0 o: • Usted no paga nada por los días 1 al 20 • Copago de $217 por día por los días 21 al 100

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Servicios de rehabilitación • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje • Rehabilitación cardíaca • Rehabilitación pulmonar	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Equipos y suministros médicos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. El equipo médico duradero cubierto por Medicaid, inclusive los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/ quirúrgicos, fórmulas de nutrición enterales y prótesis o aparatos ortopédicos con las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período de tiempo prolongado; son principal y habitualmente utilizados para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y, por lo general, están adaptados, diseñados o creados para el uso de una persona en particular. Debe ser ordenado por un profesional. No se aplica el requisito previo de estar confinado en su hogar e incluye equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) que no es de Medicare, pero está cubierto por Medicaid (por ejemplo, banco para bañera, asidero).	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Equipos y suministros médicos (continuación)		
• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)		• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Prótesis (por ejemplo, férulas, extremidades artificiales)	• Medicaid cubre el calzado protésico, ortótico y ortopédico. Estos artículos por lo general se consideran como artículos consumibles para un solo uso, pagados rutinariamente bajo la categoría de equipo médico duradero de pago por servicio de Medicaid. La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y suplementos nutricionales se limita solamente a cobertura para alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener la nutrición por ningún otro medio y que cumplan las tres condiciones siguientes: 1) personas alimentadas por tubo que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de una fórmula por medio de un tubo; 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún otro medio; y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores de mitigación en el crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.	• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Pueden estar cubiertas. Pueden aplicarse limitaciones.
• Suministros para la diabetes		• Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Artículos de venta libre	Ciertos medicamentos de venta libre son cubiertos por NYRx, el programa de farmacia de Medicaid.	Usted paga un copago de $0. Los artículos de venta libre son cubiertos por el beneficio de la Tarjeta Flex. El miembro recibirá $780 por trimestre. El importe de este beneficio no se acumula de un trimestre al siguiente.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Atención médica diurna para adultos	Medicaid cubre los servicios de atención médica diurna para adultos proporcionados en un centro residencial de atención médica o en un lugar de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico. **La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios:** servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de esparcimiento que sean un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios complementarios.	Cubierto por Medicaid.
Servicios de vida asistida	Medicaid cubre los servicios de atención personal, labores domésticas, supervisión, asistentes de salud a domicilio, servicios de respuesta ante emergencias personales, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, atención médica diurna para adultos, un abanico de servicios de salud en el hogar y servicios de manejo de casos de un enfermero profesional registrado. Los servicios son proporcionados en un geriátrico o en una vivienda con servicios de asistencia.	Cubierto por Medicaid. Puede ser cubierto por MetroPlusHealth Medicare para la población que recibe SSI. Pueden aplicarse limitaciones.
Ciertos servicios de salud mental	Medicaid cubre los siguientes servicios de salud mental: • Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica • Tratamiento diurno • Tratamiento diurno continuo • Manejo de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales) Hospitalizaciones parciales • Tratamiento Asertivo en la Comunidad (ACT, por sus siglas en inglés) • Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés)	Cubierto por Medicaid.
Manejo Integral de Casos de Medicaid	Medicaid cubre el Manejo Integral de Casos de Medicaid (CMCM, por sus siglas en inglés), que proporciona servicios de remisión para el manejo de casos de “trabajo social” para una población objetivo. Un asesor de casos de CMCM ayudará al cliente con el acceso a los servicios necesarios, de acuerdo con los objetivos descritos en un plan escrito de manejo del caso.	Cubierto por Medicaid. Cubierto para poblaciones específicas. Pueden aplicarse limitaciones.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Terapia directamente observada para la tuberculosis (TB)	Medicaid cubre la terapia de observación directa de la tuberculosis (TB/DOT, por sus siglas en inglés), que es la observación de la administración oral de medicamentos para la TB a fin de garantizar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos recetado por el médico.	Cubierto por Medicaid.
Servicios basados en el hogar y la comunidad del Programa de Exención	Hay varios programas de exención en el hogar y la comunidad que prestan servicios autorizados de conformidad con las exenciones de la sección 1915(c) de la Ley del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés). Los programas incluyen el Programa de Atención Médica a Domicilio a Largo Plazo, el Programa para Lesiones Cerebrales Traumáticas (TBI, por sus siglas en inglés), la exención de un Centro de Atención Inmediata para Personas con Retraso Mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés), así como Programas de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar (HCBS, por sus siglas en inglés) de Cuidado en el Hogar de Medicaid y Programas de Cuidado en el Hogar de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés).	Cubierto por Medicaid. Pueden aplicarse limitaciones.
Servicios sociales médicos	Los servicios sociales médicos incluyen la evaluación de la necesidad de organizar y proporcionar ayuda para los problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar donde tales servicios son realizados por un trabajador social calificado y proveídos dentro de un plan de cuidados.	Cubierto por Medicaid.
Programas de tratamiento para mantenimiento con metadona (MMTP, por sus siglas en inglés)	Medicaid cubre los MMTP, que consisten en la desintoxicación de las drogas, orientación sobre dependencia y servicios de rehabilitación, que incluyen el manejo químico con metadona.	Cubierto por Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Nutrición	Medicaid cubre la evaluación de las necesidades nutricionales y de los patrones alimenticios, o la planificación para ofrecer alimentos y bebidas apropiadas para las necesidades físicas y médicas de la persona y las condiciones ambientales, o la provisión de educación y asesoría nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias alimentarias, la planificación para la provisión de una ingesta alimentaria apropiada dentro del entorno del hogar del paciente y consideraciones culturales, educación nutricional respecto a las dietas terapéuticas como parte del ambiente de tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión regulares de los planes nutricionales, la provisión de educación en el servicio al personal de las agencias de salud, así como la consulta sobre problemas alimentarios específicos de los pacientes y la enseñanza de nutrición a pacientes y familias. Estos servicios deben ser proporcionados por un nutricionista calificado.	Visitas nutricionales ilimitadas cada año.
Servicios de cuidado personal	Medicaid cubre los servicios de cuidado personal (PCS, por sus siglas en inglés), que incluyen la prestación de asistencia total o parcial para la higiene personal, vestirse y alimentarse, y apoyo ambiental y nutricional (preparación de comidas y labores domésticas). Los servicios de cuidado personal deben ser médicamente necesarios, el médico del participante debe ordenarlos y una persona calificada debe proporcionarlos de acuerdo con el plan de cuidados.	Cubierto por Medicaid.

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)	Medicaid cubre dispositivos electrónicos que permiten que ciertos pacientes de alto riesgo reciban ayuda en el caso de una emergencia física, emocional o ambiental. En la actualidad, existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que emplean diferentes dispositivos de señales. Generalmente, dichos sistemas se conectan al teléfono de un paciente y emiten una señal a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”. En el caso de una emergencia, se recibe la señal y un centro de respuesta actúa según corresponda.	Cubierto por el beneficio de la Tarjeta Flex.
Servicios de enfermería privada	Medicaid cubre los servicios de enfermería médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, un asistente médico registrado o un enfermero profesional certificado.	Cubierto por Medicaid.
Servicios de planificación familiar fuera de la red, provistos bajo las disposiciones de acceso directo de la exención	Se provee cobertura de Medicaid.	Cubierto por Medicaid.

Algunos de los servicios enumerados pueden estar cubiertos por Medicaid. Sin embargo, los servicios que incluyen atención a largo plazo no se aplicarán a miembros del Programa Dual con Beneficios Integrados (IB, por sus siglas en inglés).

CUBIERTOS POR PAGO POR SERVICIO DE MEDICAID

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Ambulancia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.	Usted paga cero o 20% del costo, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)	Medicaid cubre los siguientes servicios de la OPWDD: • Servicios de terapia a largo plazo prestados por los centros establecidos en el Artículo 16 o 28. • Tratamiento diurno • Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés) • Exenciones integrales de servicios HCBS de la OPWDD	Cubierto por Medicaid.
Medicamentos recetados	Medicaid cubre el coaseguro de Medicare para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos de la Parte D ni los copagos. Medicaid cubre los beneficios de farmacia de Medicaid autorizados por las leyes estatales (categorías de medicamentos selectas excluidas de los beneficios de la Parte D de Medicare). Nunca pagará más de $35 por un suministro de un mes por productos de insulina cubiertos. Además, las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) no tendrán ningún costo para usted.	Usted paga 0% o 20% del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare, dependiendo de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Costos compartidos minoristas estándar Dependiendo de su nivel de Extra Help, puede pagar los siguientes montos de costo compartido: Nivel 1 y 2: copago de $0 Nivel 3: $0, $1.65, $5.80 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados genéricos O bien $0, $5.00, $14.40 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por todos los demás medicamentos Nivel 4: $0, $1.65, $5.80 o un coaseguro del 27% (si no recibe Extra Help) por medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados genéricos O bien $0, $5.00, $14.40 o un coaseguro del 27% (si no recibe Extra Help) por todos los demás medicamentos Nivel 5: $0, $1.65, $5.80 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados genéricos O bien $0, $5.00, $14.40 o un coaseguro del 25% (si no recibe Extra Help) por todos los demás medicamentos

Beneficio	Descripción de los servicios cubiertos por Medicaid	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (CR, por sus siglas en inglés) autorizadas por la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés) y programas de tratamiento basados en la familia.	Medicaid cubre los servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (CR) autorizadas por la Oficina de Salud Mental (OMH) y programas de tratamiento basados en la familia.	Cubierto por Medicaid.
Transporte	Incluye ambulette, transporte para silla de ruedas, taxi, taxi médico, transporte público u otros medios apropiados según la afección médica del afiliado.	Usted no paga nada. Nuestro plan cubre 50 traslados de ida por año a la dirección de un proveedor aprobado. No se requiere remisión ni autorización previa.

Nunca pagará más de $35 por un suministro de un mes por productos de insulina cubiertos. Además, las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) no tendrán ningún costo para usted.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente "Medicare y Usted" (Medicare & You). Puede verlo en línea en **medicare.gov** u obtener una copia llamando al **800.MEDICARE (800.633.4227),** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **877.486.2048.**

Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande y audio. Llame a nuestra Línea de Ayuda al **866.986.0356** (TTY: 711) y un representante lo asistirá.

Si no cumple los requisitos para recibir Medicaid, tenemos otros planes que pueden ser adecuados para usted. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita. O visite nuestro sitio de internet en **metroplusmedicare.org.**

MetroPlusHealth se alegra de informarle que puede usar nuestro programa de pedido por correo para que le entreguen sus medicamentos directamente en su hogar, sin costo adicional para usted. Este servicio le ahorrará tiempo y su medicamento llegará de manera segura, en un paquete simple, protegido y a prueba de manipulaciones.

Para inscribirse en este servicio, regístrese en línea en **caremark.com** o llame al Departamento de Atención al Cliente de **CVS Caremark** al **866.693.4615** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m. Un proveedor de servicios fuera del horario de atención está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener más información, llámenos al número que aparece abajo o visítenos en **metroplusmedicare.org.**

Póngase en contacto con Servicios al Miembro al **866.986.0356** (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m., y un representante lo asistirá. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560 y un representante le ayudará. Esta llamada es gratuita.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, tales como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web en **metroplusmedicare.org.**

MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece planes HMO y HMO D-SNP con contratos de Medicare y el programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MetroPlusHealth Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. **MetroPlus Health no está afiliado ni relacionado de otro modo con el Gobierno federal, CMS, HHS ni Medicare, ni respaldado por ellos.** MetroPlusHealth Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711). ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call1-800-303-9626 (TTY: 711). 请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-800-303-9626 (TTY: 711)。

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711). 注意：如果 您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助 服務。請致電 1-866-986-0356 (TTY: 711).



✓MetroPlus**Health**

NEW YORK STATE | Department of Health | Medicaid