



QualityHealthPlans

of New York

"Where Quality Healthcare Begins"

Resumen de Beneficios Advantage Value One NY-Dual

H2773_QHPNY0762S File & Use 10/07/2014



ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)

1 Enero 2015 a 31 Diciembre 2015

(a Medicare Advantage Health Maintenance Organization (HMO) ofrecido por QUALITYHEALTH PLANS OF NEW YORK, INC. con un contrato de Medicare)

Resumen de Beneficios

1 Enero 2015 a 31 Diciembre 2015

Este manual le proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

Usted tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (pago por servicio de Medicare). Original Medicare es gestionado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es conseguir que sus beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare (como **Advantage Value One NY - DUAL (HMO SNP)**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que **ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)** y lo que usted paga.

- Si usted quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pregunte a los otros planes para su Resumen de Beneficios folletos. O bien, busque el planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si usted quiere saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, busque en el actual manual de "Medicare y Usted". Ver en línea en <http://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las secciones en este folleto

- Cosas a saber sobre **ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)**
- Prima mensual, el deducible y límites a la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos
- Cubierta de beneficios médicos y hospitalarios
- Beneficios de Medicamentos Recetados

This document is available in other formats such as Braille and large print. This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-877-233-7058.

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y en letra grande. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea Inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-877-233-7058.

Lo que debe saber ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)

Horario de atención

- Del 1 de Octubre al 14 de Febrero nos puede llamar los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
- Del 15 de Febrero al 30 de Septiembre nos puede llamar de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.

ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP) Números de teléfono y sitio web

- Si usted es un miembro de este plan, llame gratis al 1-877-233-7058.
- Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-877-233-7058.
- Nuestro sitio web: <http://www.qualityhealthplansny.com>

¿Quién puede participar?

Para unirse **Advantage Value One NY - Dual (HMO SNP)**, usted debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en la Parte B y New York State Medicaid Medicare, y vive en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nueva York: Nassau, Queens, Richmond y Suffolk.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan no puede pagar por estos servicios.

En general, usted debe utilizar farmacias de la red para surtir sus recetas para medicamentos de la Parte D cubiertos.

Se puede ver de proveedores de nuestro plan y directorio de farmacias en nuestra página web (<http://www.qualityhealthplansny.com>).

O bien, llámenos y nosotros le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué es lo que cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original - y más.

- **Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted puede pagar más en nuestro plan que lo haría en Medicare Original.** Para otros, es posible que pague menos.
- **Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que está cubierto por Medicare Original.** Algunos de los beneficios adicionales que se describen en este folleto.

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

- Puede consultar el formulario completo plan de (lista de medicamentos con receta de la Parte D)

y cualquier restricción a nuestra página web, <http://www.qualityhealthplansny.com>.

- O bien, llámenos y nosotros le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo puedo determinar mis costos de los medicamentos?

Nuestros grupos del plan de cada medicamento en uno de los cinco "niveles". Usted tendrá que utilizar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento en determinar cuánto va a costar. La cantidad que usted paga depende de niveles de la droga y en qué etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento se tratará sobre las etapas de beneficios que se producen: cobertura inicial, el período sin cobertura y cobertura catastrófica.

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

Mensuales primas, los deducibles y los límites a la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos

¿Cuánto es la cuota mensual?	\$ 0 o \$36.90 por mes. Además, debe continuar pagando su Prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan no tiene un deducible.
¿Hay algún límite en cuánto voy a pagar mis servicios cubiertos?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan le protege por tener límites anuales sobre los gastos directos de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. En este plan, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por Medicare de proveedores de la red.</p> <p>En este plan, usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare, dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid del Estado de Nueva York.</p> <p>Consulte el manual "Medicare y Usted" por servicios cubiertos por Medicare servicios. Para los servicios cubiertos por Medicaid de Nueva York Estado, consulte la sección de Cobertura de Medicaid en este documento.</p> <p>Su límite anual (s) en este plan: \$ 6,700 por los servicios que reciba de proveedores de la red.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos directos de su bolsillo, usted sigue recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubierto y nosotros pagaremos el costo total para el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que todavía tendrá que pagar su mensual las primas y los costos compartidos por sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>
¿Hay un límite en la cantidad de el plan pagará?	No. No hay límites a la cantidad pagará nuestro plan.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Nota:

- Los servicios con una¹ puede requerir autorización previa.
- Los servicios con una² puede requerir un referido de su médico.

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

Atención ambulatoria y Servicios

Acupuntura y Otros Terapias Alternativas ^{1,2}	Para hasta 4 visitas (s) cada año: Usted no paga
Ambulancia	0% or 20% of the cost
Cuidado Quiropráctico ^{1,2}	La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la espalda se mueven de posición): 0% o 20% del costo
Servicios Dentales ^{1,2}	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, llenado, extracción o sustitución de dientes): 0% o 20% del costo</p> <p>Los servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (durante un máximo de 1 cada seis meses): Usted no paga de rayos x (s) • Dentales: Usted no paga • Examen oral (para un máximo de 1 vez al año): Usted no paga
Suministros y Servicios para la Diabetes ^{1,2}	<p>Diabetes monitoreo suministros: 0% o 20% del costo</p> <p>Diabetes capacitación para el autocontrol: 0% o 0-20% del costo, dependiendo del servicio</p> <p>Zapatos o accesorios terapéuticos: 0% o 20% del costo</p>
Pruebas de diagnóstico, laboratorio y Servicios de radiología y radiografías ^{1,2}	<p>Diagnostic radiology services (such as MRIs, CT scans): 0% or 20% of the cost</p> <p>Diagnostic tests and procedures: 0% or 20% of the cost</p> <p>Lab services: 0% or 20% of the cost</p> <p>Outpatient x-rays: 0% or 20% of the cost</p> <p>Therapeutic radiology services (such as radiation treatment for cancer): 0% or 20% of the cost</p>
Visitas al Consultorio del Médico ²	<p>Primaria visita médico de atención: 0% o 20% del costo</p> <p>Visita a un especialista: 0% o 20% del costo</p>

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ¹	0% o 0-20% del costo, dependiendo del equipo Si usted va a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Póngase en contacto con nosotros para una lista de proveedores preferidos.
Atención de Emergencia	0% o 20% del costo Si usted es admitido en el hospital dentro de las 23 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta guía para otros gastos.
Cuidado de los pies (servicios de podología) ^{1,2}	Exámenes y tratamiento del pie si tienen diabetes relacionada daño a los nervios y / o cumplir con ciertas condiciones: 0% o 20% del costo
Servicios de Audición ^{1,2}	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: 0% o 20% del costo Examen de audición de rutina (para un máximo de una vez al año): 20% del costo Audición ayuda de montaje / evaluación (para un máximo de una vez cada dos años): 20% del costo El audífono: Usted no paga Nuestro plan paga hasta \$ 1,000 cada dos años para audífonos.
Home Health Care ^{1,2}	Usted no paga
Cuidado de la Salud Mental ^{1,2}	Pacientes Hospitalizados visita: Nuestro plan cubre hasta 190 días en un curso de la vida para el cuidado de la salud mental como paciente interno en un hospital psiquiátrico. El límite de los servicios de hospitalización no se aplica a los servicios mentales de pacientes hospitalizados prestados en un hospital general. Los copagos de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF) beneficios se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido como paciente interno y termina cuando usted no ha recibido ninguna

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

	<p>atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o un centro de enfermería especializada después de un período de beneficios ha terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficios. No hay limitar el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos extras de 60 días, la cobertura de su hospitalización estará limitada a 90 días.</p> <p>En 2014, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$ 1216 deducible para los días 1 a 60 • \$ 304 de copago por día para los días 61 al 90 • \$ 608 de copago por día para los días de reserva de por vida 60 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2015.</p> <p>Ambulatorio visita de terapia grupal: Usted no paga Ambulatorio individuo visita de terapia: 0% o 20% del costo</p>
Rehabilitación Ambulatoria ^{1,2}	<p>(Del corazón) servicios de rehabilitación cardíaca (por un máximo de 2 de una hora sesiones por día para un máximo de 36 sesiones de hasta 36 semanas): 0% o 20% del costo</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: 0% o 20% del costo</p> <p>Terapia y terapia del habla y el lenguaje físico visita: 0% o 20% del costo</p>
Ambulatorio de Abuso de Sustancias ^{1,2}	<p>Grupo de consulta de terapia: 0% o 20% del costo</p> <p>Individual visita de terapia: 0% o 20% del costo</p>
Cirugía Ambulatoria ^{1,2}	<p>Un centro de cirugía ambulatoria: 0% o 20% del costo</p> <p>Hospital de pacientes ambulatorios: 0% o 20% del costo</p>

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

El exceso de los Artículos de venta	Por favor visite nuestro sitio web para ver nuestra lista de cubiertos en la mesa artículos de venta libre. Usted tiene un subsidio de \$ 40 cada 3 meses
Prótesis (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) ¹	Dispositivos protésicos: 0% o 20% del costo Suministros médicos relacionados: 0% o 0-20% del costo, dependiendo del suministro
Diálisis Renal ^{1,2}	0% o 20% del costo
Transporte ^{1,2}	Hay un límite a cuánto pagará el plan: Usted no paga. 16 viajes de ida a planificar lugar aprobado, \$ 10 / reembolso viaje para un máximo anual de US \$ 160
Atención de Urgencias	0% o 20% del costo
Servicios de la vista ^{1,2}	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluyendo detección de glaucoma anual): 0% o 20% del costo Examen de rutina (para un máximo de 1 vez al año): Usted no paga Las lentes de contacto (para un máximo de 1 vez al año): Usted no paga Los anteojos (marcos y lentes) (para un máximo de 1 vez al año): Usted no paga Los anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada Nuestro plan paga hasta \$ 75 por año para lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes).
Cuidado Preventivo ^{1,2}	Usted no paga Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento El abuso de alcohol • Medición de masa ósea • La detección del cáncer de mama (mamografía)

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección cardiovascular • Cervical y detección del cáncer vaginal • Colonoscopia • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Evaluación de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Prueba de sangre oculta en heces • La sigmoidoscopia flexible • La prueba del VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Detección y consejería Obesidad • Detección de cáncer de próstata (PSA) • Detección de infecciones de transmisión sexual y consejería • Consejería uso para dejar de fumar (asesoramiento para las personas sin ningún signo de enfermedad relacionada con el tabaco) • Las vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas neumocócicas • "Bienvenido a Medicare" visita preventiva (una sola vez) • Visita anual "Wellness" <p>Cualquiera de los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato serán cubiertos.</p> <p>Examen físico anual: Usted no paga</p>
Hospicio	<p>Usted no paga por el cuidado de hospicio desde un certificado de Medicare Hospice. Puede que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y cuidados paliativos.</p>
Atención para pacientes internados	
<p>Atención para pacientes hospitalizados ^{1,2}</p>	<p>Los copagos de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF) beneficios se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido como paciente interno y termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o un centro de enfermería especializada después de un período de beneficios ha terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficios. No hay limitar el número de períodos de beneficios.</p>

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos extras de 60 días, la cobertura de su hospitalización estará limitada a 90 días.</p> <p>En 2014, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$ 1216 deducible para los días 1 a 60 • \$ 304 de copago por día para los días 61 al 90 • \$ 608 de copago por día para los días de reserva de por vida 60 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2015.</p>
Cuidado de salud mental	Para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la "Salud Mental Sección de Cuidados "de este folleto.
Centro de enfermería especializada (SNF) ^{1,2}	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>En 2014, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga por los días 1 a 20 • \$ 152 de copago por día para los días 21 a 100 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2015.</p>
Beneficios de medicamentos de venta con receta	
¿Cuánto debo pagar?	<p>Para los medicamentos de la Parte B como drugs1 quimioterapia: 0% o 20% del costo</p> <p>Otro Parte B drugs1: 0% o 20% del costo</p>
Cobertura Inicial	<p>Nuestro plan no tiene un deducible por medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas y farmacias de pedidos por correo.</p>

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

	Estándar Costo Compartido por Menor		
	Nivel	De un mes de suministro	De tres meses de suministro
	Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0	\$0
	Nivel 2 (No-Medicamentos Genéricos preferidos)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago. 	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago
	Nivel 3 (Marca Preferidos)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

		sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago	sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago
	Nivel 4 (No-Marca Preferida)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago
	Nivel 5 (Medicamentos específicos)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya	Que no se ofrece

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

	sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago	
--	--	--

Estándar Correo Costo Orden Compartir

Nivel	De un mes de suministro	De tres meses de suministro
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 (No-Medicamentos Genéricos preferidos)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago.	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago
Nivel 3 (Marca Preferidos)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: • Copago de \$ 0; o

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

		<ul style="list-style-type: none"> • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago
	Nivel 4 (No-Marca Preferida)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago 	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 de copago
	Nivel 5 (Medicamentos específicos)	Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o 	Que no se ofrece

Resumen de Beneficios para Contrato H2773, Plan 018
ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)
Quality Health Plans of New York
Section II

	<table border="1" data-bbox="636 327 1485 758"> <tr> <td data-bbox="636 327 922 758"></td> <td data-bbox="922 327 1203 758"> <ul style="list-style-type: none"> • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago </td> <td data-bbox="1203 327 1485 758"></td> </tr> </table> <p data-bbox="636 800 1485 873">Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p data-bbox="636 915 1485 1024">Usted puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago 	
	<ul style="list-style-type: none"> • \$ 1.20 de copago; o • \$ 2.65 copago Para todos los demás medicamentos, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$ 0; o • \$ 3.60 de copago; o • \$ 6.60 copago 			
<p>Cobertura Catastrófica</p>	<p>Después de su año fuera de su propio bolsillo los costos de medicamentos (incluyendo medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista o de pedido por correo) alcance los \$4,700, usted paga por todos los medicamentos.</p>			

Resumen de beneficios para Contrato H2773, Plan 018

ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)

Quality Health Plans of New York

Section III

Como miembro del Advantage Value One NY- Dual (HMO SNP) usted recibirá todos los beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid a través de Advantage Value One NY- Dual (HMO SNP).

Sección II se enumeran los beneficios de Medicare y beneficios suplementarios ofrecidos por Advantage Value One NY- Dual (HMO SNP).

Sección IV enumera los beneficios de Medicaid cubiertos por Advantage Value One NY- Dual (HMO SNP). También explica qué beneficios puede acceder utilizando su tarjeta de Medicaid del Estado de Nueva York.

Sus co-pagos y co-seguro puede variar según el nivel de ayuda adicional que puede recibir. Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más información.

Como miembro del Advantage Value One NY- Dual (HMO SNP), también será inscrito en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Debido a su elegibilidad para Medicaid y Medicare, usted debe recibir ayuda adicional para pagar por su cobertura de medicamentos recetados. Sobre la base de una determinación por la Administración del Seguro Social (SSA), usted puede ser elegible para la Parte D de Ahorros a través del Subsidio por bajos ingresos (LIS). Esto significa que usted recibirá ayuda para pagar la prima mensual de la Parte D de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados, según corresponda. Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York.

- Puede llamarnos al 1-877-233-7058 (TTY / TDD 711), de Domingo a Sábado, 8am a 8pm.
- Visite nuestro sitio web, www.qualityhealthplansny.com. La siguiente información y herramientas están en nuestro sitio web:
 - Beneficios o disponibles a través de la Advantage Value One NY- Dual (HMO SNP), y otros planes ofrecidos por Quality Health Plans of New York
 - Los anuncios más avanzados de que hasta la fecha de los médicos y las farmacias participantes
 - La cobertura y las formas de medicamentos recetados

Resumen de beneficios para Contrato H2773, Plan 018

ADVANTAGE VALUE ONE NY - DUAL (HMO SNP)

Quality Health Plans of New York

Section IV Medicaid Summary of Benefits

Usted puede unirse a Advantage Value One NY - Dual (HMO SNP) si tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare y está inscrito en el Estado de Nueva York Medicaid.

Las personas que califican para Medicare y Medicaid son conocidos como elegible dual. Como doble elegibilidad, usted es elegible para los beneficios bajo tanto en el programa federal de Medicare y el programa Medicaid operado por el estado. El Original de Medicare y los beneficios que usted recibe como miembro de este plan figuran en la sección II.

La clase de beneficios de Medicaid que se reciben son determinados por su estado y puede variar dependiendo de sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos de doble elegibilidad no tienen que pagar por ciertos costos de Medicare. Las categorías de beneficios de Medicaid y tipo de asistencia atendidas por nuestro plan se enumeran a continuación:

- Completo Beneficio doble elegibilidad (FBDE): Pago de sus primas de la Parte B de Medicare, en algunos casos las primas de la Parte A de Medicare y beneficios completos de Medicaid.
- Disabled Qualified Individualy Trabajo (WDWI): Pago de sus primas de la Parte A de Medicare.
- Individuo Calificado (QI): Pago de sus primas de la Parte B de Medicare.
- Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB): Pago de sus primas de la Parte B de Medicare.
- SLMB-Plus: Pago de sus primas de la Parte B de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.
- Beneficiario calificado de Medicare (QMB solamente): Pago de su parte A de Medicare y/o primas de la Parte B, deducibles y el costo compartido (excluyendo los copagos de la Parte D).
- QMB-Plus: Pago de sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, deducibles, beneficios de Medicaid de costo compartido (excluyendo los copagos de la Parte D) y completos.

Es importante entender que los beneficios de Medicaid pueden variar en función de su nivel de ingresos y otras normas. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año. Dependiendo de su estado actual, es posible que no se clasificó para todos los beneficios de Medicaid. Sin embargo, mientras que un miembro de nuestro plan, puede acceder a los beneficios del plan, independientemente de su estado de Medicaid.

Los residentes de la Ciudad de Nueva York Boroughs deben comunicarse con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York al 1-877-472-8411 para obtener la información más actualizada y precisa sobre su elegibilidad y beneficios. Las personas que residen fuera de la ciudad de Nueva York deben comunicarse con el local Departamento de Servicios Sociales de esta información.

La siguiente tabla describe los beneficios de Medicaid que pueden estar disponibles para usted bajo el programa de Medicaid de su estado, según su cobertura de Medicaid. La tabla también explica si un beneficio similar bajo nuestro plan.

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>Atención para pacientes hospitalizados (incluye Abuso de Sustancias y Servicios de Rehabilitación)^{1, 2}</p>	<p>Cubre los deducibles, copagos y coseguros de hasta 365 días por año (366 días para año bisiesto)</p>	<p>Hasta 365 días al año (366 días para los años bisiestos)</p> <p>Los copagos de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF) beneficiados se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido como paciente interno y termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o un centro de enfermería especializada después de un período de beneficios ha terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficios. No hay límite al número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para un día en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida." Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos extras de 60 días, la cobertura de su hospitalización estará limitada</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		<p>a 90 días.</p> <p>En 2014, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$ 1216 deducible para los días 1 a 60 • \$ 304 de copago por día para los días 61 al 90 • \$ 608 de copago por día para los días de reserva de por vida 60 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2015.</p>
Cuidado de Salud mental ^{1,2}	Cubre día en exceso de 190 días máximo de por vida de Medicare. Cubre los deducibles, copagos y coseguros	<p>La cobertura incluye las admisiones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental sobre el límite de por vida de 190 días de Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días en un curso de vida para el cuidado de la salud mental como paciente interno en un hospital psiquiátrico. El límite de los servicios de hospitalización no se aplica a los servicios mentales de pacientes hospitalizados prestado en un hospital general.</p> <p>Los copagos de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF) beneficios se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		<p>ustedes admitido como paciente interno y termina cuando usted no harezibido ninguna atención hospitalaria(o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospitalo un centro de enfermería especializada después de un período de beneficios ha terminado, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficios. No hay límiteal número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 díaspara una esta día en el hospital.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60" días dereserva de por vida." Estos son días"extra"que cubrimos.Si su estancia en el hospitales más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vezque haya agotado estos extras de 60 días, la cobertura de su hospitalización estará limitada a 90 días.</p> <p>En 2014, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> •\$ 1216 deducible para los días 1 a60 •\$ 304 de copago pordía para los días 61 al90 •\$ 608 de copago por día para

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		<p>los días de reservade por vida 60 Estas cantidades pueden cambiar en 2015.</p> <p>Ambulatorio visita de terapia grupal: Usted no paga Ambulatorio individuo visita de terapia: 0% o 20% del costo</p>
<p>Centro de Enfermería Especializada(SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)^{1,2}</p>	<p>Cubre días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare. Cubre los deducibles, copagos y coaseguros</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>En 2014, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Usted no paga por los días 1 a 20 •\$ 152 de copago por día para los días 21 a 100 <p>Estas cantidades pueden cambiar en 2015.</p>
<p>Home Health Care^{1,2}</p>	<p>Servicios de salud en el hogar cubiertos no son de Medicare (por ejemplo, servicios de asistencia de salud en el hogar con supervisión de enfermería para personas médicamente inestables) Cubre los deducibles, copagos y coaseguros</p>	<p>Usted no paga</p>
<p>Hospicio</p>	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros</p>	<p>Usted no paga por el cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Puede que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y cuidados</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios
 Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese
 Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		paliativos.
Visitas médicos de Oficina ²	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	Primaria visita médico de atención: 0% o 20% del costo Visita a un especialista: 0% o 20% del costo
Servicios Quiroprácticos ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros para QMB y QMB Plus Solo	La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando una o más de los huesos de la columna vertebral su movimiento fuera de posición): 0% o 20% del costo
Servicios de Podología ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros para QMB y QMB Plus Solo	Exámenes de los pies y el tratamiento si usted tiene un año en los nervios relacionados con la diabetes y /o cumplir con ciertas condiciones: 0% o 20% del costo
Atención de salud Mental ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	Ambulatorio visita de terapia grupal: Usted no paga Ambulatorio individuo visita de terapia: 0% o 20% del costo
Ambulatorio de Abuso de Sustancias ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	Grupo de consulta de terapia: 0% o 20% del costo Individual visita de terapia: 0% o 20% del costo
Cirugía Ambulatoria ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	Un centro de cirugía ambulatoria: 0% o 20% del costo Hospital de pacientes ambulatorios: 0% o 20% del costo
Servicios de Ambulancia	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	0% o 20% del costo
Atención de Emergencia	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	0% o 20% del costo Si usted es admitido en el

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios
 Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese
 Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		hospital dentro de las 23 horas, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta guía para otros gastos.
Rehabilitación Ambulatoria ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	<p>(Del corazón) servicios de rehabilitación cardíaca (por un máximo de 2 de una hora sesiones por día para un máximo de 36 sesiones de hasta 36 semanas): 0% o 20% del costo</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: 0% o 20% del costo</p> <p>Terapia y terapia del habla y el lenguaje jefístico visita: 0% o 20% del costo</p>
Equipo Médico Duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ¹	Cubre los deducibles, copagos y coseguros. Medicaid cubre equipo médico duradero, incluidos los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, fórmula enteral y aparatos de prótesis ortopédicos con las siguientes características: puede resistir el uso repetido durante un prolongado período de tiempo; son principalmente 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	<p>0% o 0-20% del costo, dependiendo del equipo</p> <p>Si usted va a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Póngase en contacto con nosotros para una lista de proveedores preferidos</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios
 Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese
 Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
	para el uso de una persona en particular. Debe ser ordenado por un médico. No es un requisito salir de su casa y que incluyen o Medicare DME cubierto por Medicaid (por ejemplo heces bañera; barras de apoyo).	
Prótesis (aparatos ortopédicos, prótesis, etc.) ¹	<p>Cubre los deducibles, copagos y coseguros.</p> <p>Medicaid cubre prótesis, ortesis y calzado ortopédico.</p> <p>No es un requisito diabético para los aparatos ortopédicos.</p>	<p>Dispositivos protésicos: 0% o 20% del costo</p> <p>Suministros médicos relacionados: 0% o 0-20% del costo, dependiendo de la oferta</p>
Pruebas de diagnóstico, laboratorio y Servicios de radiología y radiografías ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas, tomografías): 0% o 20% del costo</p> <p>Los exámenes de diagnóstico y procedimientos: 0% o 20% del costo</p> <p>Servicios de laboratorio: 0% o 20% del costo</p> <p>Ambulatorios radiografías: 0% o 20% del costo</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): 0% o 20% del costo</p>
Cuidado Preventivo ^{1,2}	Cubre los deducibles, copagos y coseguros	Usted no paga. Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluyendo:

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • Detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento el abuso de alcohol • Medición de masa ósea • La detección del cáncer de mama (mamografía) • La enfermedad cardiovascular(terapia conductual) • Pruebas de detección cardiovascular • Cervical y detección del cáncer vaginal • Colonoscopia • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Evaluación de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Prueba de sangre oculta en heces • La sigmoidoscopia flexible • La prueba del VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Detección y consejería obesidad • Detección de cáncer de próstata (PSA) • Detección de infecciones de transmisión sexual y consejería • Consejería para dejar de fumar(asesoramiento para las personas sin ningún signo de enfermedad relacionada con el tabaco) • Las vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas neumocócicas

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • "Bienvenido a Medicare" visita preventiva (una sola vez) • Visita anual "Wellness" Cualquiera de los servicios preventivo adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato serán cubiertos. Examen físico anual: Usted no paga
	<p>Medicaid no cubre la Parte D de medicamentos o copagos cubiertos.</p> <p>Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la Ley del Estado (categorías selectas de medicamento excluidos del beneficio de Medicare Parte D y ciertos medicamentos incluido en el beneficio de la Parte D cuando el afiliado no puede recibirlos de su/ Plan Medicare Advantage), también ciertos suministros médicos y fórmulas enterales cuando no estén cubiertos por Medicare.</p>	<p>Para los medicamentos de la Parte B como drugs una visita quimioterapia: 0% o 20% del costo</p> <p>Otro Parte B drugs una visita: 0% o 20% del costo</p> <p>Nuestro plan no tiene un deducible por medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas y farmacias de pedidos por correo.</p> <p>Si usted reside en un centro de cuidadosa largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Usted puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Cobertura Catastrófica: Después de un año fuera de su</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		<p>propio bolsillo los costos de medicamentos (incluyendo medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista o depedido por correo) alcance los \$4,700, usted paga por todos los medicamentos.</p> <p>Para obtener más información sobre costo compartido para los medicamentos de la Parte D, vea los beneficios de medicamentos recetados de la Sección II de este documento.</p>
Servicios Dentales	<p>Cubre los deducibles, copagos y coseguros. Medicaid cubre los servicios dentales, incluyendo necesario preventiva, profiláctica y otros de rutina de cuidado dental, servicios y suministros y prótesis dentales para aliviar una condición de salud grave. Servicios dentales quirúrgicos ambulatorios o de internación previa autorización.</p>	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, llenado, extracción o sustitución de dientes): 0% o 20% del costo</p> <p>Los servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (durante un máximo de una vez cada seis meses): Usted no paga • De rayos x(s) Dentales: Usted no paga • Examen oral (para un máximo de una vez al año): Usted no paga
Servicios de Audición ^{1,2}	<p>Cubre los deducibles, copagos y coseguros.</p> <p>Servicios y productos que sean médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o disminución de la audición.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: 0% o 20% del costo</p> <p>Examen de audición de rutina (para un máximo de una vez al año): 20% del costo</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios
 Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese
 Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
	<p>Los servicios incluyen la audición y la selección, adaptación, y dispensación; controles de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparación de audífonos; servicios de audiología incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y viendo los productos de ayuda que incluyen audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y repuestos.</p>	<p>Audición ayuda de montaje/evaluación (para un máximo de una vez cada dos años): 20% del costo</p> <p>El audífono: Usted no paga</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$ 1,000 cada dos años para audífonos.</p>
<p>Servicios de la Vista^{1,2}</p>	<p>Cubre los deducibles, copagos y coseguros.</p> <p>Los servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores de lentes que incluyen anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (acciones o hechos a la medida), baja ayudas visuales y servicios de baja visión. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de piezas.</p> <p>La cobertura también incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y / o enfermedad de los ojos.</p> <p>Los exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años, salvo</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluyendo detección de glaucoma anual): 0% o 20% del costo</p> <p>Examen de rutina (para un máximo de una vez al año): Usted no paga</p> <p>Los lentes de contacto (para un máximo de una vez al año): Usted no paga</p> <p>Los anteojos (marcos y lentes) (para un máximo de una vez al año): Usted no paga</p> <p>Los anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: Usted paga nada</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios

Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
	<p>que se justifique lo contrario como medicamento 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, dañados o destruidos.</p>	<p>Nuestro plan paga hasta \$ 75 por año para lentes de contacto y anteojos(marcos y lentes).</p>
<p>Transporte^{1,2}</p>	<p>Transporte esencial para el afiliado para obtener atención y servicios médicos necesarios. Incluye ambulette, entrenador inválida, taxi, librea, transporte público u otros medios apropiados a la condición médica de la persona inscrita y un asistente de transporte para acompañar a la persona inscrita, si es necesario.</p>	<p>Hay un límite a cuánto pagará el plan: Usted no paga. 16 viajes de ida a planificar lugar aprobado, \$ 10 /reembolso viaje para un máximo anual de US \$ 160</p>
<p>La Acupuntura y Otras Terapias Alternativas^{1,2}</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>\$ 0 de copago por hasta 4 visitas(s) para la acupuntura y otras terapias alternativas cada año</p>
<p>Servicio Privado de Enfermería^{1,2}</p>	<p>Servicios de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el médico, asistente médico o enfermera registrada certificada plan de tratamiento por escrito del médico.</p>	<p>Servicios de enfermería privada están cubiertos cuando lo determine el médico tratante que es médicamente necesario.</p> <p>Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o permanente y ser proporcionada en la casa de un inscrito de conformidad con el médico solicitante, Médico registrada Asistente de plan de tratamiento o escrito del médico de la enfermera certificada.</p> <p>No hay co-pago Servicios de enfermería privada</p>

Sección IV Medicaid Resumen de beneficios
 Si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese
 Quality Health Plans of New York para más detalles.

Categoría de beneficios	Medicaid	Advantage Value One NY – Dual (HMO SNP)
		médicamente necesarios de acuerdo con el médico, asistente médico o enfermera registrada certificada plan de tratamiento por escrito del médico.

Beneficios médicos adicionales:

Los miembros pueden utilizar su Medicaid del estado de Nueva York Beneficios tarjeta de identificación para acceder a:

- Fuera de los servicios de planificación familiar de la red previstos en las disposiciones de acceso directo de la exención
 - Centro de Enfermería Especializada(SNF) no cubiertos por Medicare
 - Servicios de Cuidado Personal
 - Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la Ley del Estado(categorías selectas de medicamento sexcluidos del beneficio de Medicare Parte D y ciertos medicamentos
 - Incluido en el beneficio de la Parte D cuando e la filiado no puede recibir los de su/Plan Medicare Advantage), también cierta Médicoical
 - Suministros y fórmula enteral cuando no estén cubiertos por Medicare
 - Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona
- Servicios de Salud
- Ciertos mentales, incluyendo:
 - o Intensivo de rehabilitación psiquiátrica Programas de Tratamiento
 - o Tratamiento Día
 - o Continuar el tratamiento Día
 - o Administración de Casos para graves y persistentes Enfermos Mentales(patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales)
 - o Hospitalizaciones parciales
 - o Tratamiento Comunitario Asertivo(ACT)
 - o Los servicios orientados a la recuperación personalizados(PROs)
 - Servicios de rehabilitación concedidas a los residentes de OMH licencia residencias comunitarias (CR) y los programas de tratamiento basados en la familia
 - Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo(OPWDD)
 - Gestión integral de casos de Medicaid
 - Terapia de observación directa para la Enfermedad de Tuberculosis
 - SIDA Adult Day Health Care
 - Administración de casos COBRAVIH
 - Cuidado Diurno para Adultos Salud
 - Servicios de respuesta a emergencias personales(PERS)