

Amida Care Guía de beneficios

Tema	Página
I. Amida Care Servicios	1
II. Servicios mejorados de SNP para VIH	12

I. Amida Care (AC) Servicios:

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
Abortos	Sí	No	Los miembros se pueden “referir a sí mismos” a cualquier proveedor de Amida Care. Pueden usar su tarjeta Medicaid para acceder a proveedores no participantes que acepten Medicaid.
Acupuntura	Sí	No	El proveedor debe estar certificado en acupuntura por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York (New York State, NYS). Una sesión inicial y 11 adicionales para un máximo de 12 citas al año. Después de 12 sesiones, se requiere una autorización previa.
Atención médica diurna para adultos con SIDA (AIDS Adult Day Health Care, AADHC)	Sí	Sí	Nueva solicitud <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere una orden médica (Medical Doctor, MD) para una evaluación inicial ▪ Luego, se requieren planes de atención, instrumentos de evaluación del registrante (Registrant Assessment Instruments, RAI) y evaluaciones para autorizaciones continuas. Simultáneo: Los planes de atención y las evaluaciones se exigen cada dos (2), tres (3) o seis (6) meses, dependiendo de la frecuencia de los servicios recibidos.
Tratamientos de insensibilización para alérgenos	Sí	No	N/A
Cirugía ambulatoria - diagnóstico	Sí	No	El diagnóstico y los procedimientos preventivos no-operativos con o sin biopsia, como colonoscopia o esofagogastroduodenoscopia (Esophagogastroduodenoscopy, EGD), broncoscopia, cistoscopia, no requieren autorización previa, a menos que el procedimiento lo lleve a cabo un proveedor no participante o se lleve a cabo en una instalación no participante.
Cirugía ambulatoria - extrahospitalario	Sí	Sí	
Amniocentesis	Sí	Sí	N/A
Servicios de anestesia – manejo del dolor	Sí	Sí	N/A
Inseminación artificial	No	N/A	N/A
Capacitación para el autocontrol del asma (Asthma Self-Management Training, ASMT)	Sí	No	Este beneficio cubre un máximo de diez (10) horas de educación para el paciente durante el año inicial y dos (2) horas de educación para el paciente para el año siguiente y de ahí en adelante. La capacitación la debe proporcionar un profesional de la atención médica licenciado, registrado o certificado como educador de asma (Asthma Educator Certification, AE-C) en el NYS por la Junta Nacional de Certificación de Educador de Asma.
Cirugía bariátrica	Sí	Sí	N/A
Servicios de salud conductual: Atención hospitalaria de salud mental	Sí	No	Los miembros se pueden referir a sí mismos. Se requiere una notificación de parte del sitio o institución para Amida Care en un plazo de 48 horas. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i> NOTA: ninguna cobertura del Plan de Necesidades Significativas (SNP) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para VIH/SIDA la cubre el programa de Pago por Servicio (FFS) de Medicaid.
Servicios de salud conductual: Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Sí	No	Los miembros se pueden referir a sí mismos. Se requiere una notificación de parte del sitio o institución para Amida Care en un plazo de 48 horas. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i>
Servicios de salud	Sí	No	Los miembros se pueden referir a sí mismos.

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
conductual: Dependencia a químicos para pacientes hospitalizados (rehabilitación)			Se requiere una notificación de parte del sitio o institución para Amida Care en un plazo de 48 horas. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i> NOTA: ninguna cobertura del Plan de Necesidades Significativas (SNP) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para VIH/SIDA la cubre el programa de Pago por Servicio (FFS) de Medicaid.
Servicios de salud conductual: Atención ambulatoria de desintoxicación (ETOH)	Sí	No	Los miembros se pueden referir a sí mismos. Se recomienda enviar una notificación a Amida Care. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i>
Servicios de salud conductual: Atención ambulatoria de salud mental	Sí	No	Los miembros se pueden referir a sí mismos. Se recomienda enviar una notificación a Amida Care. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i> NOTA: ninguna cobertura del Plan de Necesidades Significativas (SNP) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para VIH/SIDA la cubre el programa de Pago por Servicio (FFS) de Medicaid.
Servicios de salud conductual: Atención ambulatoria por abuso de sustancias	No	N/A	Servicios otorgados a FFS Medicaid.
Centros de natalidad – autónomos	Sí	Sí	Requiere una notificación de Gestión de Utilización (Utilization Management, UM) en un plazo de 48 horas después del ingreso.
Control de la buprenorfina	Sí	No	Control de buprenorfina por parte de un proveedor registrado o certificado para mantenimiento o desintoxicación cuando se provee y administra como parte de una visita al consultorio clínico.
Cateterismo cardíaco	Sí	Sí	Basado en la necesidad médica.
Rehabilitación cardíaca – extrahospitalario	Sí	Sí	Basado en la necesidad médica.
Gestión de casos (Case Management, CM)	Sí	No	Evaluación inicial integral de la gestión de casos en un plazo de 60 días después de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Reevaluación de la gestión de casos cada 180 días. Envía las evaluaciones por fax al 646-786-1802 Departamento de Atención de Gestión de Casos en Amida Care. NOTA: La gestión de casos (CM) de atención domiciliaria la cubre el programa de FFS de Medicaid.
Quimioterapia - hospitalario	Sí	Sí	
Quimioterapia – extrahospitalario	Sí	No	Se requiere una notificación de UM.
Servicios quiroprácticos	No	N/A	N/A
Cologuard (búsqueda de ADN a través de la prueba inmunoquímica fecal, FIT – DNA)	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes que se consideran en riesgo promedio.
Artículos para la comodidad	No	N/A	N/A
Medias de compresión y soporte	Sí	No	N/A
Consulta para cirugía de reasignación de sexo	Sí	No	Para más información, comunícate con Amida Care.
Lentes de contacto: para el cuidado de la	No	N/A	Consulta la sección "Cuidado de la vista".

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
vista			
Lentes de contacto: para la necesidad médica	Sí	Sí	Consulta la sección "Cuidado de la vista".
Monitores continuos de glucosa (Equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME])	Sí	Sí	Los monitores continuos de glucosa son dispositivos tecnológicos para el control de la glucosa que miden y muestran los niveles intercalados de glucosa, de manera continua. Cuando el nivel de glucosa en la sangre de los miembros rebasa o no alcanza los umbrales especificados, se les avisa mediante alarmas y alertas. Los miembros usan esta información para controlar su propia diabetes. La cobertura Medicaid del NYS para un monitor continuo de glucosa en tiempo real (Real-Time Continuous Glucose Monitoring, RT-CGM) puede estar a disposición de los miembros que cumplan cada uno de los siguientes criterios. El miembro debe: <ul style="list-style-type: none"> • Tener diagnóstico de diabetes tipo 1 • Estar bajo el cuidado de un endocrinólogo que le ordene el dispositivo • Estar llevando a cabo al menos cuatro pruebas de glucosa diarias de pinchazo en el dedo • Estar en un plan de tratamiento de la insulina que requiera ajustes frecuentes de la dosis • Poder, o tener un cuidador que pueda, escuchar y ver las alertas del RT-CGM y responder adecuadamente.
Continuidad de la atención - miembro nuevo con un proveedor no participante	Sí	Sí	Período de transición de hasta 60 días de atención con un proveedor no participante si el miembro tiene una condición o enfermedad que "ponga su vida en riesgo" o "sea degenerativa y genere discapacidad".
Continuidad de atención con un proveedor que dejó la red	Sí	Sí	Período de transición de hasta 90 días si el miembro necesita seguir un tratamiento continuo con el proveedor actual.
Cirugía cosmética	No	N/A	<i>Consulta de cirugía plástica o reconstructiva.</i>
Servicios ordenados por el tribunal	Sí	Sí	Se solicitará una copia de la orden del tribunal.
Tomografía computarizada de colonografía (Computed tomography Colonography, CTC)	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes que se consideran en riesgo promedio.
Escaneo de CT	Sí	No	N/A
Atención custodiada	N/A	N/A	Consulta el beneficio de los Servicios de Cuidado Personal (Personal Care Services, PCS)
Relleno dérmico	Sí	Sí	El proveedor de atención primaria debe referir al miembro a un profesional de salud mental (psiquiatra, psicoterapeuta, Trabajador Social Clínico Autorizado [Licensed Clinical Social Worker, LCSW] o Trabajador Social Autorizado con Maestría [Licensed Master Social Worker, LMSW]) para una evaluación que determine si el miembro sufre de una condición emocional o psiquiátrica como consecuencia de su lipoatrofia. Solo se necesita una (1) evaluación inicial.
Desintoxicación	Consulta la sección "Servicios de salud conductual"		N/A
Capacitación en el autocontrol de la diabetes (Diabetes Self-Management Training, DSMT)	Sí	No	Los miembros recién diagnosticados con diabetes se pueden referir a sí mismos. Los beneficios cubren hasta 10 horas en un período de 12 meses continuos y 2 horas para el año siguiente para capacitación de seguimiento. La DSMT la debe llevar a cabo un profesional del estado de Nueva York licenciado, registrado o certificado en una de las siguientes disciplinas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermera Registrada ▪ Enfermera Registrada Especializada

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutricionista Registrado ▪ Médico (Doctor en Medicina - MD, Doctor en Medicina Osteopática - DO) ▪ Farmacéutico ▪ Asistente médico ▪ Fisioterapeuta <p>Y acreditado por la Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association, ADA) y la Asociación Americana de Educadores de la Diabetes (American Association of Diabetes Educators, AADE) como capacitador de DMST.</p>
Suministros para diabéticos – preferidos	Sí	No	Consulta www.amidacareny.org para ver la lista de suministros preferidos.
Suministros para diabéticos – no preferidos	Sí	Sí	Consulta www.amidacareny.org para ver la lista de suministros preferidos.
Dialísis – paciente externo	Sí	No	Se puede otorgar una autorización previa por intervalos de hasta 6 meses.
Terapia de observación directa (DOT)	Sí	Sí	Incluye terapia de tuberculosis y antirretroviral (ARV).
Enema de bario de doble contraste (Double Contrast Barium Enema, DCBE)	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes que se consideran en riesgo promedio.
Equipo médico duradero (DME) – menos de \$500	Sí	No	Los proveedores no participantes necesitan autorización previa.
Equipo médico duradero (DME) – más de \$500	Sí	Sí	N/A
Escaneo por Rayos X de energía dual	Sí	No	Un máximo de un (1) escaneo cada dos (2) años para hombres y mujeres mayores de 50 años de edad con factores de riesgo de desarrollar osteoporosis.
Servicios de escaneo, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) y programas de salud para el niño y el adolescente (C/THP)	Sí	No	Un paquete de exámenes tempranos y periódicos que incluyen servicios de escaneo, diagnóstico y tratamiento interperiódicos que el estado de Nueva York ofrece a todos los niños menores de 21 años elegibles para Medicaid, para abarcar exámenes correctivos, preventivos y de mantenimiento médico, odontológico, oftalmológico y auditivo.
Visitas a la sala de emergencias (Emergency Room, ER)	Sí	No	Se recomienda obtener una notificación UM y un resumen clínico de los hospitales participantes en un plazo de 48 horas. NOTA: los servicios de emergencia también incluyen exámenes, intervención breve y referencias para tratamiento (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT) para pacientes con dependencia a los químicos.
Cuidado de final de vida/curativo/paliativo	Sí	Sí	Consulta la sección “Cuidados paliativos”
Servicios y procedimientos experimentales o investigativos	Sí	Sí	Cubierto caso por caso
Servicios de salud reproductiva y planificación familiar	Sí	No	Los miembros se pueden “referir a sí mismos” a cualquier proveedor de Amida Care o pueden usar su tarjeta Medicaid para acceder a proveedores no participantes que acepten Medicaid.
Prueba inmunoquímica fecal (FIT) o Examen de sangre oculta en heces fecales (Fecal Occult Blood Testing, FOBT) de alta	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes que se consideran en riesgo promedio.

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
sensibilidad			
Sigmoidoscopia Flexible (SIG)	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes que se consideran en riesgo promedio.
Cirugía de reasignación de sexo	Sí	Sí	Para más información, comuníquese con Amida Care.
Asesoramiento genético	Sí	Sí	Se requiere una orden escrita La duración máxima permitida por sesión es de dos (2) horas Un máximo de dos (2) horas de asesoramiento previo al examen genético y un máximo de dos (2) horas de asesoramiento posterior al examen genético proporcionado en el consultorio del profesional, hospital, departamento del paciente ambulatorio o centro autónomo de diagnóstico y tratamiento.
Hormona del crecimiento – administrada en el consultorio del proveedor	Sí	Sí	N/A
Servicios de reducción de daños	Sí	No	Los servicios de reducción de daños representan una estrategia de salud y bienestar totalmente integrada y orientada al miembro, que incluye, pero no se limita a, prevención de sobredosis, así como prevención de, y respuesta a, la transmisión de VIH, hepatitis B y C y otras enfermedades entre quienes consumen sustancias. Deben ser recomendados por escrito por un médico u otro profesional acreditado.
Aparatos auditivos	Sí	Sí	N/A
Batería para aparatos auditivos	Sí	No	N/A
Implantes auditivos	Sí	Sí	N/A
Exámenes de audición	Sí	No	N/A
Entrega de comidas a domicilio	Sí	Sí	La entrega de comidas a domicilio en Medicaid/SNP para VIH está cubierta solo para los inscritos que se encuentran en transición desde un programa de atención médica domiciliaria a largo plazo (Long Term Home Health Care Program, LTHHCP) y que recibían las comidas a domicilio mientras estaban en dicho programa. El beneficio de la entrega de comidas a domicilio incluye hasta dos comidas por día en días de semana o en fines de semana cuando no se pueden satisfacer las necesidades del miembro inscrito mediante los servicios de apoyo existentes, incluida la familia y los Asistentes de Cuidado Personal (Personal Care Assistant, PCA) aprobados.
Enfermería especializada en atención médica domiciliaria, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, trabajador social, auxiliar de atención médica domiciliaria	Sí	Sí	Se puede solicitar atención domiciliaria como parte de la planificación del alta posterior a la hospitalización, después de un ingreso por rehabilitación a corto plazo o basada en la condición del miembro, según lo evalúe el Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) del miembro, CM o el personal de Coordinación de Atención de Amida Care. Se proporciona autorización sin aplicar los criterios clínicos para los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bebés nacidos por parto de alto riesgo (recién nacidos) ▪ Mujeres dadas de alta desde el hospital menos de 48 horas después de un parto vaginal ▪ Mujeres dadas de alta desde el hospital menos de 96 horas después de una cesárea ▪ Atención posterior a la dada de alta de un hospital o instalación de necesidades especiales (Special Needs Facility, SNF). <p>Nota: la información clínica y el plan de atención deben ser enviados con una solicitud para servicios adicionales.</p>
Atención médica domiciliaria: telesalud	Sí	Sí	Solo los miembros que califiquen para los servicios de atención domiciliaria serán considerados para los servicios de telesalud

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
			<p>domiciliaria.</p> <p>Solo serán elegibles para un reembolso los miembros cuyos riesgos sean evaluados en persona antes de recibir los servicios de telesalud.</p> <p>Se requiere la compleción de un sistema de evaluación uniforme (Uniform Assessment System, UAS).</p>
Atención médica temporal domiciliaria SIN necesidad de enfermería especializada	Sí	Sí	<p>Se entiende "temporal" como un plazo estipulado (por lo general 30 días) para permitir la transición de los servicios de atención domiciliaria desde los servicios de enfermería especializada a los servicios de cuidado personal.</p> <p>El beneficio temporal proporciona tiempo para que el proveedor de atención primaria inicie y envíe el formulario requerido (M11Q) al Plan para que se revisen y se aprueben los servicios de cuidado personal y para que una Enfermera Registrada (Registered Nurse, RN) complete una evaluación universal</p> <p>El beneficio cubre un máximo de 45 días de atención domiciliaria temporal.</p> <p>Los servicios de cuidado personal (es decir, cocinar, comprar, limpiar, entre otros) los proporciona un asistente doméstico o un ama de casa.</p> <p>NOTA: los servicios temporales también se proporcionan a los miembros después de que son dados de alta y a los inscritos recientemente que, previo a su inscripción, recibían servicios de cuidado personal de una Agencia de Atención Domiciliaria Certificada (Certified Home Health Agency, CHHA) que utilizaba personal de enfermería para proporcionar el cuidado personal.</p>
Atención domiciliaria posterior al parto	Sí	No	<p>Amida Care debe proporcionar hasta 2 visitas domiciliarias posteriores al parto para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las madres en alto riesgo ▪ Mujeres con una estadía en el hospital de menos de 48 horas después de un parto vaginal ▪ Mujeres con una estadía en el hospital de menos de 96 horas después de una cesárea <p>Las visitas posteriores al parto las debe realizar un profesional de la salud calificado (siendo la calificación mínima una enfermera registrada con antecedentes en atención médica maternal o infantil) y la primera visita debe ocurrir en un plazo de 48 horas después de la dada de alta.</p>
Terapia de infusión intravenosa (IV) domiciliaria	Sí	Sí	N/A
Cuidados paliativos	Sí	Sí	Se necesita obtener documentación del médico que declare que al miembro le queda menos de un año de vida.
Hospitalizaciones – elective	Sí	Sí	N/A
Hospitalizaciones – emergencia, trabajo de parto y parto	Sí	No	N/A
Nivel de atención alternativo en el hospital (ALC)	Sí	Sí	N/A
Oxigenoterapia hiperbárica	Sí	Sí	N/A
Histerectomía (electivo)	Sí	Sí	N/A

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
Vacunas	Sí	No	Las vacunas en la infancia (menores de 19 años) se pagan a través del programa de Vacunas para Niños (Vaccine for Children, VFC). Se incluye la vacuna contra el meningococo.
Anticonceptivos implantables	Sí	No	N/A
Tratamiento para la infertilidad	No	N/A	N/A
Medicamentos inyectables	Sí	No	N/A
Hospitalización	Sí	Sí	N/A
Bomba de insulina	Sí	Sí	Se cubre como un equipo médico duradero (DME) y requiere autorización previa si su costo es mayor o igual a \$500.
Fertilización in-vitro	No	N/A	N/A
Exámenes de laboratorio – rutina	Sí	No	N/A
Exámenes de laboratorio – exámenes de resistencia y tropismo	Sí	No	N/A
Mamografía – diagnóstico y escaneo rutinario	Sí	No	N/A
Suministros médicos - disponibles	Sí	No	Consulta www.amidacareny.org para ver una lista de suministros médicos.
Servicios de partera	Sí	No	N/A
Imagen por Resonancia Magnética (IRM)	Sí	No	N/A
Procedimientos quirúrgicos múltiples	Sí	Sí	Cuando se llevan a cabo múltiples procedimientos quirúrgicos durante la misma sesión de operación, al proveedor se le reembolsa el 100% del procedimiento mayor, 50% del segundo procedimiento y cada procedimiento adicional.
Elegibilidad de recién nacido	Sí	No	Se recomienda una notificación de UM.
Proveedores no participantes	N/A	Sí	La cobertura aplica solo a las instancias de continuidad de atención.
Medicina nuclear	Sí	No	N/A
Residencia geriátrica (a largo plazo y atención custodiada)	Sí	Sí	N/A
Asesoramiento nutricional – extrahospitalario	Sí	No	Debe ser parte de una necesidad médica que se pueda demostrar bajo la guía de un médico, como atención prenatal, atención a la diabetes, obesidad y desnutrición.
Atención de obstetricia y ginecología (Obstetrics and Gynecology, OB/GYN) y prenatal	Sí	No	Los miembros se pueden “referir a sí mismos” a cualquier proveedor de Amida Care. Pueden usar su tarjeta Medicaid para acceder a proveedores no participantes que acepten Medicaid. Además de los servicios de OB/GYN, los beneficios también incluyen servicios tales como: clases de parto, asesoría para dejar de fumar (hasta seis [6] sesiones al año), atención nutricional, exámenes de VIH y asesoramiento, atención extendida y clases para padres.
Prueba Oncotype DX para cáncer de mama	Sí	Sí	Prueba de perfilamiento de expresión génica para usar en la gestión de tratamiento del cáncer de mama.
Cirugía bucal	Sí	Sí	N/A
Zapatos ortopédicos y calzado de receta médica y ortopedia personalizada	Sí	Sí	Los zapatos ortopédicos se limitan a dos (2) pares de zapatos por año.
Fuera del estado – atención electiva	No	N/A	N/A

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
Visitas e ingresos a salas de emergencias (Emergency Room, ER) fuera del estado	Sí	No	N/A
Visitas al consultorio – consulta nueva	Sí	No	N/A
Procedimientos extrahospitalarios	Sí	Sí	N/A
Leche humana donada pasteurizada (Pasteurized Donor Human Milk, PDHM)	Sí	Sí	Se requieren los planes Medicaid managed care (MMC) para cubrir el uso de PDHM por parte de los pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesario.
Servicios de Cuidado Personal (Personal Care Services, PCS)	Sí	Sí	Es necesario que el proveedor de atención primaria llene el formulario M11Q. Los servicios de nivel 1 se limitan a un máximo de 8 horas por semana. Los servicios de nivel 2 son para el cuidado personal, basado en las necesidades del miembro. Se cubren los Servicios de Cuidado Personal Dirigidos al Consumidor (Consumer Directed Personal Care Services, CDPAS).
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	Sí	Sí	El PERS debe estar en conjunción con los servicios de cuidado personal o los de atención domiciliaria. La autorización para los servicios de PERS se basa en una aprobación para servicios de PCA. Amida Care evalúa los PERS para necesidad médica y autoriza los servicios por períodos de hasta 6 meses. La autorización de PERS no es un sustituto ni se debe usar en lugar de asistencia con tareas de PCS.
Escaneo por Tomografía por Emisión de Positrones (TEP)	Sí	No	N/A
Cirugía plástica y reconstructiva: no cosmética	Sí	Sí	N/A
Podología	Sí	No	Cubierto cuando la condición física plantea un peligro debido a la presencia de enfermedad localizada, lesión o síntomas del pie, o para el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones. El cuidado rutinario de los pies como el tratamiento de callos, callosidades, recorte de uñas, remojo o limpieza NO está cubierto en ausencia de una enfermedad.
Evaluación de cuadros de depresión posparto	Sí	Sí	No se requiere autorización previa para la primera evaluación, siempre y cuando la misma se lleve a cabo dentro del primer año de vida del bebé. Las evaluaciones adicionales requieren autorización previa. Máximo tres (3) evaluaciones dentro del primer año de vida del bebé.
Atención prenatal	Sí	No	Además de los servicios de OB/GYN, los beneficios también incluyen servicios tales como: clases de parto, asesoría para dejar de fumar (hasta 6 sesiones al año), atención nutricional, exámenes de VIH y asesoramiento, atención extendida y clases para padres (Gestor de servicios de atención a largo plazo).
Prueba prenatal del portador (síndrome X frágil [síndrome de Martin-Bell])	Sí	Sí	Cubierta cuando se cumple uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un historial personal o familiar de síndrome de temblor y ataxia asociado al cromosoma X frágil, trastorno del espectro autista o retraso mental inexplicable en un 1.º, 2.º o 3.º grado relativo a cualquiera de los padres ▪ La madre tiene un nivel alto de hormona

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
			foliculoestimulante (Follicle Stimulating Hormone, FSH) antes de los 40 años o fallo ovárico prematuro con causa desconocida o <ul style="list-style-type: none"> la madre de un pariente femenino de 1.º o 2.º grado de cualquiera de los padres en una portadora confirmada.
Prueba prenatal del portador (atrofia muscular espinal)	Sí	Sí	Cubierta cuando se cumple uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> Existe un historial personal o familiar de atrofia muscular espinal (AME) u otra distrofia muscular de tipo desconocido en un 1.º o 2.º grado relativo a cualquiera de los padres Se sabe que el padre es un portador La evaluación de portador de AME del compañero masculino de un embarazo estará cubierta si se encuentra que la mujer embarazada es portadora.
Prueba prenatal de trisomía 21, 18 y 13	Sí	Sí	Cubierta cuando se cumple uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> Cualquiera de los padres tiene un historial familiar de aneuploidía en un familiar de 1.º o 2.º grado La mujer embarazada es de edad maternal avanzada (definida por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos como 35 años o mayor al momento del parto) El cribado sérico estándar o los hallazgos fetales ultrasonográficos indican un aumento del riesgo de una aneuploidía Un padre o ambos tienen historial de un embarazo previo con trisomía Se sabe que cualquiera de los padres tiene una translocación robertsoniana
Pruebas prenatales no estresantes	Sí	No	La autorización previa se aplica en caso de más de dos instancias durante el curso del embarazo.
Medicamentos de receta y sin receta (OTC), suministros médicos y fórmula enteral	Sí	Sí	Incluye suministros farmacéuticos y médicos La Terapia Hormonal Transgénero (Cross Gender Hormone Therapy, CGHT), antes conocida como Terapia de Sustitución Hormonal (TSH), requiere autorización previa. Llama a Express Scripts (ESI) por el 1-800-417-8164. <i>Consulta el formulario de farmacia del Plan en www.amidacareny.org para ver los medicamentos preferidos, medicamentos que requieren autorización previa y terapia por pasos.</i>
Servicios de atención preventiva	Sí	No	N/A
Enfermería privada	Sí	Sí	N/A
Dispositivos protésicos	Sí	Sí	N/A
Terapia de radiación	Sí	No	N/A
Exámenes diagnósticos de radiología (no incluye los escaneos TEP)	Sí	No	N/A
Rehabilitación – hospitalario	Sí	Sí	Debe ser médica y racionalmente necesario que los servicios se lleven a cabo en un contexto hospitalario, en lugar de en una instalación menos intensiva, como una SNF o un contexto extrahospitalario.
Rehabilitación – paciente externo (fisioterapia)	Sí	Sí	Debe suministrarla fisioterapeutas. Los servicios se proporcionan en una instalación extrahospitalaria, el consultorio de terapeutas o patólogos del habla privados y calificados. Si el socio necesita más de veinte (20) sesiones iniciales, se solicitará información clínica adicional y su aprobación se basará en la necesidad médica.

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
			<p>Máximo de 40 sesiones por año.</p> <p>El año de beneficios de 12 meses es un año calendario que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre del mismo año.</p> <p>El límite de 40 sesiones no aplica para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los niños menores de 21 años ▪ Los beneficiarios con discapacidad del desarrollo o con lesiones cerebrales traumáticas ▪ Los servicios proporcionados por una agencia de atención domiciliaria certificada (CHHA) <p>Los servicios a beneficiarios en la residencia geriátrica en la cual residen</p>
Rehabilitación – paciente externo (terapia ocupacional)	Sí	Sí	<p>Debe suministrarla terapeutas ocupacionales. Los servicios se proporcionan en una instalación extrahospitalaria o en consultorios de terapeutas privados y calificados.</p> <p>Si el socio necesita más de ocho (8) sesiones iniciales, se solicitará información clínica adicional y su aprobación se basará en la necesidad médica.</p> <p>Máximo de 20 sesiones por año.</p> <p>El límite de 20 sesiones no aplica para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los niños menores de 21 años ▪ Los beneficiarios con discapacidad del desarrollo o con lesiones cerebrales traumáticas ▪ Los servicios proporcionados por una agencia de atención domiciliaria certificada (CHHA) ▪ Los servicios a beneficiarios en la residencia geriátrica en la cual residen
Rehabilitación – paciente externo (terapia del habla)	Sí	Sí	<p>Debe suministrarla patólogos del habla / lenguaje. Los servicios se proporcionan en una instalación extrahospitalaria, el consultorio de terapeutas o patólogos del habla privados y calificados.</p> <p>Si el socio necesita más de ocho (8) sesiones iniciales, se solicitará información clínica adicional y su aprobación se basará en la necesidad médica.</p> <p>Máximo de 20 sesiones por año.</p> <p>El límite de 20 sesiones no aplica para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los niños menores de 21 años ▪ Los beneficiarios con discapacidad del desarrollo o con lesiones cerebrales traumáticas ▪ Los servicios proporcionados por una agencia de atención domiciliaria certificada (CHHA) <p>Los servicios a beneficiarios en la residencia geriátrica en la cual residen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos lineamientos no se aplican a las solicitudes de cirugía de reasignación de sexo. Consulte a Amida Care para esas solicitudes.

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
Atención médica residencial – instalación de enfermería especializada a corto plazo	Sí	Sí	N/A
Atención médica residencial instalación de enfermería especializada a largo plazo	Sí	Sí	N/A
Exámenes, intervención breve y referencias para tratamiento (SBIRT)	Sí	No	Los servicios SBIRT están a disponibilidad de los miembros de 10 años de edad o mayores, en salas de emergencias, departamentos ambulatorios del hospital, centros de diagnóstico y tratamiento y consultorios médicos.
Segundas opiniones - médico o quirúrgico	Sí	No	Solo se requiere autorización previa para proveedores fuera de la red.
Estudio de apnea del sueño	Sí	Sí	Puede ser extrahospitalario durante la noche u hospitalario con síntomas presentes
Asesoramiento para dejar de fumar (Smoking Cessation Counseling, SCC)	Sí	No	Se cubren hasta ocho (8) sesiones de asesoramiento por año calendario para todos los miembros, incluidas mujeres embarazadas. El SCC debe ser proporcionado de manera personal por un médico, asistente médico registrado, Enfermera Registrada Especializada o partera certificada, durante una visita médica (no se permiten sesiones grupales).
Productos para dejar de fumar	Sí	No	Se permiten dos (2) cursos de terapia para dejar de fumar por afiliado, por año calendario. Se entiende como un curso de terapia un suministro de no más de 90 días (una orden original y dos [2] resurtidos, incluso si se despacha un suministro de 30 días en cualquier surtido).
Ecografías	Sí	No	Solo se requiere autorización previa para más de una (1) ecografía por trimestre.
Especialistas como PCP	Sí	Sí	
Esterilización	Sí	No	N/A
Reversión de esterilización	No	N/A	N/A
Trasplantes	Sí	Sí	N/A
Atención de urgencia y atención sin cita previa	Sí	No	N/A
Cuidado de heridas – hospitalario	Sí	Sí	El Socio debe residir en un asilo de ancianos a corto o largo plazo para recibir este servicio
Terapia de vacío para heridas – hospitalario	No	No	N/A
Terapia de vacío para heridas – extrahospitalario	Sí	Sí	N/A
Oftalmología: Servicios de cuidado de la vista y poca	Sí	No	Beneficio gestionado por Davis Vision. Los miembros pueden comunicarse con Davis Vision directamente por el 1-800-999-5431.

Servicio	AC Beneficio	Requiere autorización previa	Lineamientos
visión - visión sana (exámenes refractivos)			Examen oftalmológico cada dos (2) años Un par de lentes nuevos cada dos (2) años Referencia para examen de poca visión y necesidades de especialistas
Todos los demás servicios (no enumerados anteriormente)	<i>Para recibir más información sobre otros servicios o situaciones, además de las enumeradas anteriormente, comuníquese con el Plan.</i>		

II. Servicios mejorados de SNP para VIH:

Servicio	Descripción
Evaluaciones y planes de servicio por Gestión de Casos	<p>El miembro puede ser evaluado por necesidades psicosociales o no médicas, lo cual resulta en el desarrollo de un “plan de servicio” por un gestor de casos.</p> <p>La evaluación o plan de servicio inicial se completará dentro de los primeros 60 días después de la admisión y, a partir de allí, se volverá a evaluar cada 180 días.</p> <p>Para más información, consulta la sección “Gestión de casos”.</p>
Terapia de observación directa (DOT) o terapia antirretroviral de observación directa (Directly Observed Antiretroviral Therapy, DART)	<p>Puede que los miembros deban consultar a un proveedor médico licenciado con el fin de tomar los medicamentos según la receta.</p> <p>Esta consulta debe ser un encuentro personal documentado que coincida con un cronograma de tratamiento médico y se incorpore a un plan de servicio orientado a una meta.</p>
Acompañantes	<p>Los miembros pueden estar acompañados en un viaje de ida y vuelta a una cita médica o de cuidado especial u otro tipo de cita, como la recertificación de Medicaid u otros beneficios o servicios legales o de apoyo.</p>
Servicios de adherencia al tratamiento y educación sobre el tratamiento	<p>Los miembros pueden ver a un asesor, farmacéutico o miembro del equipo médico capacitado con el propósito de una adherencia creciente a un régimen de tratamiento o para educarse sobre dicho tratamiento</p>