



RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2020

Integra Harmony (HMO SNP)

1 de enero de 2020 - 31 de diciembre de 2020

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Integra Harmony (HMO SNP). No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede acceder a la “Evidencia de Cobertura” en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com, o llámenos y solicite una copia.

Integra Managed Care es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado de New York. La inscripción en Integra Managed Care depende de la renovación del contrato.

Comuníquese con nosotros

- Si usted es miembro de este plan, llame gratis al 1-877-388-5195 (TTY 711)
- Si usted no es miembro de este plan, llame gratis al 1-877-388-5190 (TTY 711)
- Nuestro sitio web: www.integramanagedcare.com

Horarios de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Para unirse a **Integra Harmony (HMO SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, recibir asistencia médica completa del Programa Medicaid del Estado de New York (QMB+, SLMB+), y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New York: Bronx, Kings, New York, Queens y Nassau.

Los miembros de Integra Harmony (HMO SNP) deben usar proveedores del plan, excepto en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera del área. Si obtiene atención de rutina de un proveedor fuera de la red, a menos que lo autorice el plan, es posible que no paguemos por estos servicios.

Integra Harmony (HMO SNP) cubre los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su

proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com.

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

Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual **“Medicare y Usted”**. Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y letra grande.

ATENCIÓN: si habla español, los servicios de asistencia lingüística están disponibles de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros de Integra Synergy MAP (HMO SNP) al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratis.

注意：如果您講中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Integra Synergy MAP (HMO SNP)會員服務部：1-877-388-5195。（聽力障礙電傳：711）。該電話免費。「

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-388-5195 (TTY: 711) para obtener más información.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

LOS SERVICIOS CON UN ¹ PUEDEN REQUERIR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

LOS SERVICIOS CON UN ² PUEDEN REQUERIR UNA REMISIÓN DE SU MÉDICO

Primas y beneficios	Lo que usted paga con Integra Harmony (HMO SNP)
Prima mensual del plan	<p>No hay prima del plan para la Parte C</p> <p>Hay una prima mensual de \$0 o \$36.60 para la Parte D Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Como tiene Medicaid completo, el Estado de New York paga la prima de la Parte B en su nombre.</p>
Deducible	<p>No hay deducible del plan para la Parte C</p> <p>Usted paga ya sea \$0 o \$435 para la Parte D</p> <p>Como recibe "Ayuda Adicional" de Medicare con los costos de los medicamentos recetados, paga \$0.</p>
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Usted no paga más de \$6,700 al año por los servicios recibidos de proveedores dentro de la red.

Primas y beneficios	Lo que usted paga con Integra Harmony (HMO SNP)
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados ¹	<p>Este es el monto del costo compartido de 2019 y puede cambiar para 2020. Le proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto como se divulguen):</p> <p>Deducible de \$0 o \$1,364 por cada período de beneficios</p> <p>Días 1 a 60: coaseguro de \$0 para cada período de beneficios</p> <p>Días 61 a 90: coaseguro de \$0 o \$341 al día por período de beneficios</p> <p>Días 91 y posteriores: coaseguro de \$0 o \$682 por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 para cada período de beneficios Medicare cubre hasta 60 días de servicio de por vida durante su vida.</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0. La tarifa de Medicaid por el servicio paga por días más allá de los que cubre nuestro plan.</p>
Servicios hospitalarios ambulatorios ¹	Coaseguro de \$0 o del 20%
Incluye servicios de observación	Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.
Centro de Cirugía Ambulatoria ¹	Coaseguro de \$0 o del 20%
	Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.
Visitas al médico	Coaseguro de \$0 o del 20%
<ul style="list-style-type: none"> • Primario • Especialistas ^{1,2} 	Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.
Atención preventiva	No paga nada por 1 visita anual de “bienestar”, incluidos todos los servicios preventivos aprobados por Medicare.
Atención de emergencia	Coaseguro de \$0 o del 20% por visita
	Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.

Primas y beneficios	Lo que usted paga con Integra Harmony (HMO SNP)
Servicios necesarios con urgencia	<p>Coaseguro de \$0 o del 20% por visita</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Servicios de diagnóstico ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicio radiológicos de diagnóstico (p. ej., ultrasonidos, TC, IMR, TEP y pruebas de diagnóstico nuclear) • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías ambulatorias 	<p>Coaseguro de \$0 o del 20% por servicio</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Servicios de audición ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición • Audífono 	<p>Coaseguro de \$0 o del 20% para exámenes auditivos.</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Nuestro plan paga \$500 por oído para la compra de audífonos cada 3 años.</p>

Primas y beneficios	Lo que usted paga con Integra Harmony (HMO SNP)
<p>Servicios odontológicos¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas: solo códigos seleccionados de restauración única: 1 cada 60 meses por diente. • Restauradores principales: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente. • Terapia de endodoncia: solo códigos seleccionados: 1 de por vida por diente. • Periodoncia: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por cuadrante. • Pónticos fijos para dentaduras postizas parciales: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente. • Coronas fijas para retenedores de dentaduras parciales: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente. 	<p>No se cubren los servicios preventivos.</p> <p>Puede obtener atención odontológica preventiva, así como otra atención odontológica no cubierta por nuestro plan a través de Medicaid, siempre que sea un beneficio cubierto por Medicaid.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios restaurativos cubiertos</p>
<p>Servicios oftalmológicos¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen oftalmológico de rutina al año • 1 par de anteojos, lentes de contacto, lentes o monturas al año 	<p>Coaseguro de \$0 o del 20% por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$100 cada año por anteojos. Sus beneficios de Medicaid incluyen anteojos más allá del límite de \$100 del plan.</p>
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>Visita de terapia grupal y terapia individual ambulatoria</p>	<p>Coaseguro de \$0 o del 20% por visita</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Primas y beneficios	Lo que usted paga con Integra Harmony (HMO SNP)
Centro de Enfermería Especializada ^{1,2}	<p>Usted cuenta con cobertura hasta por 100 días:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 para cada período de beneficios. Días 21 a 100: coaseguro de \$0 o \$170.50 al día por cada período de beneficios</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Fisioterapia ¹	<p>Coaseguro de \$0 o del 20%</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Ambulancia ¹	<p>Coaseguro de \$0 o del 20% por viajes de ida o de vuelta</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Transporte de rutina ^{1,2}	<p>No cubierto</p> <p>Medicaid cubre viajes ilimitados están cubiertos a un costo de \$0</p>
Medicamentos de la parte B de Medicare ¹	<p>\$0 o 20% del costo por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B</p> <p>Dado que usted cuenta con beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Artículos de venta libre	<p>Beneficio máximo de \$100 cada mes.</p> <p>El beneficio no utilizado no se transfiere al final del mes.</p>
Medicamentos recetados ambulatorios	
Etapas de deducible	Usted paga \$0 porque recibe “Ayuda Adicional”
Etapas de cobertura inicial:	Usted paga los siguientes costos compartidos, según el tipo de medicamento:
- Medicamentos genéricos	<p>\$0, \$1.30 o \$3.60, dependiendo de su nivel de ayuda adicional. Si no tuviera "Ayuda Adicional", pagaría un coaseguro del 25%</p> <p>Esto es para un suministro de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de hasta 90 días a través de nuestro servicio de pedidos por correo</p>

Primas y beneficios	Lo que usted paga con Integra Harmony (HMO SNP)
- Todos los demás medicamentos	\$0, \$3.90 o \$8.95, dependiendo de su nivel de ayuda adicional. Si no tuviera "Ayuda Adicional", pagaría un coaseguro del 25% Esto es para un suministro de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de hasta 90 días a través de nuestro servicio de pedidos por correo
Etapas de cobertura catastrófica	Usted paga \$0

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICAID

Las personas que califican para Medicare y Medicaid se conocen como de doble elegibilidad. Como de doble elegibilidad, usted es elegible para los beneficios tanto del programa federal de Medicare como del programa Medicaid del estado de New York.

El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por su estado y puede variar según sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos de doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. A continuación se enumeran las categorías de beneficios de Medicaid y el tipo de asistencia que presta nuestro plan:

- **Beneficiario de Medicare por Bajos Ingresos Especificado-Plus (Specified Low Income Medicare Beneficiary-Plus, SLMB-Plus)** Pago de sus primas de la Parte B de Medicare y beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare Calificado Plus (Qualified Medicare Beneficiary-Plus, QMB-Plus):** Pago de sus primas, deducibles, costos compartidos de Medicare Parte A y Parte B (excluyendo copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.

DECLARACIÓN ESCRITA INTEGRAL

Para calificar para la inscripción en Integra Harmony (HMO SNP), debe recibir asistencia completa del Programa Medicaid del Estado de New York. Medicare cubre los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (arriba); puede acceder a ellos usando su tarjeta de identificación de Integra. Los beneficios descritos a continuación están cubiertos por Medicaid. Puede acceder a los beneficios utilizando su tarjeta de Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios a los que tiene derecho bajo el programa Medicaid, llame a la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116. Si vive fuera de la ciudad de New York, llame a su distrito local.

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados incluyendo servicios para abuso de sustancias y rehabilitación	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Hasta 365 días al año (366 días para año bisiesto)</p>
Salud mental como paciente hospitalizado que supere el límite de por vida de 190 días	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Todos los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, incluidas las admisiones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental, que superen el límite de por vida de 190 días de Medicare. El Contratista puede proporcionar el beneficio cubierto por servicios médicamente necesarios para personas con problemas de salud mental a través de hospitales con licencia de conformidad con el Artículo 28 del P.H.L. del Estado de New York.</p>
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Medicaid cubre días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare.</p>
Atención médica en el hogar	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Los servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicaid incluyen la provisión de servicios especializados que no están cubiertos por Medicare (por ejemplo, fisioterapeuta para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su máximo potencial restaurador o enfermeras para llenar previamente las jeringas para personas discapacitadas con diabetes) y/o servicios de asistencia médica domiciliaria según lo requiera un plan de atención aprobado.</p>
Visitas al consultorio del PCP	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>
Visitas al consultorio del especialista	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Servicios quiroprácticos	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. (QMB+ únicamente)
Servicios de podología	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. (QMB+ únicamente)
Salud mental ambulatoria	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos. Cubre visitas de terapia individual y grupal. El afiliado puede autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.
Atención ambulatoria por consumo de sustancias	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Servicios/cirugía ambulatoria	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Servicios de ambulancia	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Atención de emergencia	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Atención urgente	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatorios	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Las terapias ocupacionales y del habla están limitadas a veinte (20) visitas y la fisioterapia está limitada a cuarenta (40) visitas por terapia por año, excepto para niños menores de 21 años, o la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo ha determinado que tiene discapacidades de desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Equipo Médico Duradero	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Cubre equipos médicos duraderos, incluidos los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales y aparatos protésicos u ortopédicos que tengan las siguientes características: pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principalmente y habitualmente para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y generalmente están ajustados, diseñados o confeccionados para el uso de un individuo en particular. Debe ser ordenado por un profesional calificado. Sin requisito previo de estar confinado al hogar e incluyendo EMD que no son de Medicare cubiertos por Medicaid (por ejemplo, banqueta para la bañera; barra de apoyo).</p>
Dispositivos protésicos	<p>Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Prótesis, aparatos ortopédicos y calzado ortopédico cubiertos por Medicaid. La cobertura de calzado recetado se limita al tratamiento de las personas con diabetes, o cuando un zapato es parte de un aparato ortopédico o si hay complicaciones en los pies en niños menores de 21 años.</p>
Capacitación para el automanejo de la diabetes, terapia nutricional y suministros	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Medición de masa ósea	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Examen de detección colorrectal Exámenes	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Inmunizaciones	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Mamografías	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Papanicolaou y exámenes pélvicos	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de próstata	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Medicamentos recetados	Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare).
Servicios de audición	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios y productos para la audición cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o el impedimento auditivo. Los servicios incluyen selección de audífono, ajuste y dispensación, controles de audífonos después de la dispensación, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluidos audífonos, moldes para los oídos, accesorios especiales y piezas de repuesto.
Servicios oftalmológicos no cubiertos por Medicare	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales y ayudas para visión disminuida. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye exámenes de diagnóstico y tratamiento de defectos de la vista y/o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario como médicamente necesario. Las gafas no requieren cambiarse con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarias o que las gafas se pierdan, dañen o destruyan.
Examen físico de rutina	Cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Uno al año

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Servicio privado de enfermería	<p>Servicios de enfermería privada prestados por una persona que posee una licencia y registro actual del Departamento de Educación del Estado de New York para ejercer como enfermera profesional registrada o enfermera práctica con licencia. Los servicios privados de enfermería se pueden proporcionar a través de una agencia de atención domiciliaria certificada aprobada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un profesional privado. La ubicación de los servicios de enfermería puede estar en el hogar del miembro.</p> <p>Los servicios de enfermería privada están cubiertos cuando el médico tratante determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o continuos y se brindan de acuerdo con el plan médico, el asistente médico registrado o el plan de tratamiento escrito de la enfermera certificada.</p>
Transporte - rutina	<p>Los gastos de transporte están cubiertos cuando el transporte es esencial para que un miembro obtenga la atención médica y los servicios necesarios que están cubiertos por el programa Medicaid.</p> <p>Servicios de transporte significa el transporte en ambulancia, ambulette, transporte en aeronave de ala fija o avión, vehículo para personas inválidas, taxi, vehículos de alquiler, transporte público u otros medios apropiados para la condición médica del Miembro; y un asistente de transporte para acompañar al Miembro, si es necesario. Dichos servicios pueden incluir el transporte, las comidas, el alojamiento y el salario del asistente de transporte. Sin embargo, no se pagará ningún salario a un asistente de transporte que sea familiar del Miembro.</p> <p><i>Para los Miembros con discapacidades, el método de transporte debe acomodar razonablemente sus necesidades, teniendo en cuenta la gravedad y la naturaleza de la discapacidad.</i></p>
Odontología	<p>Los servicios odontológicos incluyen, entre otros, atención preventiva, profiláctica y otra atención odontológica, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral (cuando no están cubiertos por Medicare) y aparatos protésicos y ortopédicos dentales necesarios para aliviar una condición de salud grave, incluyendo una que afecta la empleabilidad.</p>

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Servicios de Atención Personal	<p>Los Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS) son la prestación de asistencia total o parcial con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación; y tareas de función de apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y limpieza). Dichos servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de la salud y la seguridad del Miembro en su propio hogar. La atención personal debe ser médicamente necesaria, ordenada por el médico del Miembro y brindada por una persona calificada como se define en la Parte 700.2(b)(14) 10 NYCRR, de acuerdo con un plan de atención.</p>
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmulas enteral y parenteral y baterías para audífonos	<p>Por lo general, estos artículos se consideran de un solo uso, los artículos consumibles se pagan habitualmente bajo la categoría de Equipo médico duradero de Medicaid de pago por servicio.</p> <p>La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a la cobertura solo para la alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía.</p> <p>La cobertura de fórmula enteral y los suplementos nutricionales está limitada a personas que no pueden recibir nutrición a través de otros medios y a las siguientes tres condiciones: 1) personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben obtener nutrición a través de la fórmula por sonda; 2) personas con trastornos metabólicos innatos inusuales que requieren fórmulas médicas específicas para recibir nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio; y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes en el crecimiento y el desarrollo.</p> <p>La cobertura para ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.</p>

Beneficio	Cobertura de Medicaid
Nutrición	Los servicios de nutrición incluyen la evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones de alimentos, o la planificación de la provisión de alimentos y bebidas apropiadas para las necesidades físicas y médicas y las condiciones ambientales del individuo, o la provisión de educación y asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias alimentarias, la planificación de la provisión de una ingesta dietética adecuada dentro del entorno del hogar del paciente y las consideraciones culturales, la educación nutricional sobre las dietas terapéuticas como parte del medio de tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la evaluación y revisión periódica de planes nutricionales, provisión de educación en el servicio al personal de la agencia de salud, así como consultas sobre problemas dietéticos específicos de pacientes y enseñanza de nutrición a pacientes y familias. Estos servicios deben ser proporcionados por un nutricionista calificado como se define en la Parte 700.2(b)(5), 10 NYCRR.
Servicios médicos sociales	Los servicios sociales médicos incluyen evaluar la necesidad, organizar y proporcionar ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar donde dichos servicios son realizados por un trabajador social calificado y brindados dentro de un plan de atención. Estos servicios deben ser provistos por un trabajador social calificado como se define en la Sección 700.2(b)(24) 10 NYCRR.
Apoyos sociales y del entorno	Servicios y artículos que respaldan las necesidades médicas de los Miembros y están incluidos en el plan de atención de un Miembro. Estos servicios y artículos incluyen, entre otros, los siguientes: tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas domésticas/quehaceres domésticos, mejoras en la vivienda y atención de relevo.
Atención médica diurna para adultos	La atención médica diurna para adultos es la atención y los servicios prestados en un centro de atención médica residencial o en un sitio de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico para una persona con discapacidad funcional, no confinada en su hogar y que

Beneficio	Cobertura de Medicaid
	<p>requiere ciertos cuidados preventivos, diagnósticos, terapéuticos, artículos o servicios de rehabilitación o paliativos. La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de tiempo libre que son un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.</p>
Atención social diurna	<p>Un programa estructurado e integral que brinda socialización a las personas con discapacidad funcional; supervisión y monitoreo; cuidado personal; y nutrición en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero por menos de 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, el mantenimiento y la mejora de las habilidades de la vida diaria, el transporte, la asistencia al cuidador y la coordinación y asistencia de casos</p>
Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response Services, PERS)	<p>El sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response Services, PERS) es un dispositivo electrónico que permite a ciertos pacientes de alto riesgo obtener ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Ahora existe una variedad de sistemas de alerta electrónica que emplean diferentes dispositivos de señalización. Tales sistemas generalmente se conectan al teléfono de un paciente y envían señales un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda” . En caso de una emergencia, un centro de respuesta recibe la señal y actúa acorde.</p>
Servicios de hospicio	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p>
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona	<p>Se proporciona cobertura de Medicaid.</p>
Ciertos servicios de salud mental	<p>La cobertura de Medicaid de ciertos servicios de salud mental incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica •Tratamiento diurno •Tratamiento diurno continuo

Beneficio	Cobertura de Medicaid
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de casos para enfermos mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades estatales o locales de salud mental) • Hospitalizaciones parciales • Tratamiento Comunitario Asertivo (Assertive Community Treatment, ACT) • Servicios Personalizados Orientados a la Recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)
Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de OMH	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Residencias Comunitarias (Residencias Comunitarias, CR) con Licencia y Programas de Tratamiento basados en la Familia	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Oficina de retraso mental y discapacidades de desarrollo Servicios (IMRDD)	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Administración Integral de Casos de Medicaid	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Servicios del programa de exención basados en el hogar y la comunidad	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Terapia de observación directa para tuberculosis y SIDA	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Atención médica diurna para adultos con SIDA	Se proporciona cobertura de Medicaid.
Programa de Vida Asistida	Se proporciona cobertura de Medicaid.

Declaración de no discriminación

Integra Managed Care, Inc. (“Integra”) cumple con las leyes civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad. Integra no excluye a nadie ni lo trata de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Integra Managed Care brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarle a comunicarse con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); y
- Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma primario no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Integra Managed Care al 1-877-388-5195 (TTY/TDD: 711)

Si cree que Integra Managed Care no le proporcionó estos servicios o lo trató de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Integra por:

- Correo: Appeals and Grievance Manager
Integra Managed Care, Inc.
1981 Marcus Avenue, Suite 100
Lake Success, NY 11042
- Teléfono: 1-877-388-5195 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por:

- Sitio web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
Hay formularios de queja disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Teléfono: 1-800-868-1019 (TTY/TDD: 1-800-537-7697)

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-388-5195. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-388-5195. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-388-5195。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-388-5195。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-388-5195. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-388-5195. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-388-5195 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-388-5195. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-388-5195 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-388-5195. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: اننا نقدم خدمات المترجم الفوري للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا للصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري؛ ليس عليك سوى الاتصال على الرقم التالي 1-877-388-5195. سيقوم شخص ما يتحدث اللغة الانجليزية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-388-5195. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-388-5195. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-388-5195. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-388-5195. Ta usługa jest bezpłatna.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えする ために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、 1-877-388-5195 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは 無料のサービスです。