

RESUMEN DE BENEFICIOS *

Tipo de atención	Beneficio cubierto	Costo para el miembro**
Atención médica	Visitas al consultorio y tratamiento de parte de su médico de atención primaria	Cobertura total
	Visitas al consultorio y tratamiento de parte de un especialista	Cobertura total
	Pruebas de alergia	Cobertura total
	Inyecciones para la alergia	Cobertura total
Cuidado preventivo	Evaluación de citología cervical (Papanicolau)	Cobertura total
	Visitas de atención para niños sanos hasta la edad de 19 años	Cobertura total
Hospitalización	Cobertura de 365 días, incluidos los cargos secundarios	Cobertura total
	Servicios de atención quirúrgica realizados por un médico para pacientes hospitalizados	Cobertura total
	Visitas del médico	Cobertura total
Servicios ambulatorios	Cirugía ambulatoria	Cobertura total
Atención de emergencia	Atención en sala de emergencias debido a condiciones médicas de emergencia	Cobertura total
	Ambulancia	Cobertura total
	Horario no laborable del consultorio del PCP	Cobertura total
	Centro de cuidado urgente independiente	Cobertura total
Salud del comportamiento/ Dependencia de sustancias químicas	Los servicios deben ser prestados en un centro operado por OMH de conformidad con la sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental, o un centro con un certificado de conformidad con el artículo 23 o el artículo 31 de la Ley de Higiene Mental o en un hospital general, como se define en el artículo 28 de la Ley de Salud Pública. No hay limitaciones para los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados y servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.	Cobertura total
Otros Servicios	Radiografías (incluso angiografía de resonancia magnética, imagen por resonancia magnética, tomografía axial computada y tomografía por emisión de positrones)	Cobertura total
	Laboratorio y patología	Cobertura total
	Quimioterapia y radioterapia	Cobertura total
	Atención médica domiciliar en lugar de hospitalización: máximo de 40 visitas por año calendario.	Cobertura total
	Insumos para diabéticos	Cobertura total
	Atención dental (no incluye ortodoncia fija)	Cobertura total
	Exámenes oftalmológicos y anteojos (uno por año calendario)	Cobertura total
	Servicios quiroprácticos	Sin cobertura
Medicamentos recetados	Cobertura total	

Nota: Toda la atención debe ser médicamente necesaria y cuando corresponda, se exige un referido para la atención especializada.

*Esto es un resumen de los beneficios. El contrato o el manual del miembro rigen lo que tiene cobertura.

**Los beneficios están sujetos a los mandatos del estado de Nueva York.