

Guía de Beneficios de Amida Care

Tema	Página
I. Servicios de Amida Care	1
II. Servicios mejorados de SNP para VIH	17

I. Servicios de Amida Care (AC):

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Abortos	Sí	No	Los socios pueden remitirse a sí mismos a un proveedor de Amida Care. Los socios pueden usar su tarjeta de Medicaid para acceder a proveedores no participantes que aceptan Medicaid.
Acupuntura	Sí	No	El proveedor debe ser un proveedor autorizado de acupuntura del Departamento de Educación del Estado de New York. Una sesión inicial y 11 sesiones adicionales para un máximo de 12 citas cada año. Después de 12 sesiones, se requiere una autorización previa.
Servicios de atención diurna de adultos (Adult Day Health Care, AADHC) que padecen SIDA	Sí	Sí	Nuevo:Solicitud <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere una orden de MD para la evaluación inicial ▪ Los planes de atención, los instrumentos de evaluación del registrante (Registrant Assessment Instruments, RAI) y las evaluaciones son necesarios para continuar con las autorizaciones a partir de entonces. Simultáneo: Se requieren planes de atención y evaluaciones cada dos (2), tres (3) o seis (6) meses, según la frecuencia de los servicios recibidos.
Tratamientos de desensibilización de alérgenos	Sí	No	N/A
Cirugía ambulatoria - Diagnóstico	Sí	No	Los procedimientos no quirúrgicos de diagnóstico y preventivos con o sin biopsia, es decir, colonoscopia/EGD, broncoscopia, cistoscopia, no requieren autorización previa. A menos que el proveedor no participante esté realizando o el procedimiento se esté realizando en una instalación no participante.
Cirugía ambulatoria - Ambulatoria	Sí	Sí	
Amniocentesis	Sí	Sí	N/A
Servicios de anestesia - Manejo del dolor	Sí	Sí	N/A
Inseminación artificial	No	N/A	N/A

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Capacitación para el autocontrol del asma (Asthma Self-Management Training, ASMT)	Sí	No	<p>Este beneficio cubre un máximo de diez (10) horas de educación del paciente durante el año inicial y dos (2) horas de educación del paciente para el año siguiente y en adelante.</p> <p>Los servicios de ASMT solo pueden ser realizados por uno de los siguientes profesionales autorizados, registrados o certificados del Estado de New York (NYS) afiliados a un programa de ASMT y que ejerzan en una de las siguientes disciplinas profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera Registrada • Enfermera Practicante Registrada • Médico [Doctor Médico (MD), Doctor en Osteopatía (DO)] • Farmacéutico • Asistente médico • Terapeuta respiratorio • Trabajador Social Clínico Licenciado • Trabajador Social con Maestría Licenciado • Fisioterapeuta; • Terapeuta ocupacional
Cirugía bariátrica	Sí	Sí	N/A
Servicios de salud conductual: Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	Sí	No	<p>Los socios pueden remitirse a sí mismos.</p> <p>Se requiere notificación por sitio/institución a Amida Care dentro de las 48 horas. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i></p> <p>NOTA: La cobertura de SSI SNP sin VIH/SIDA está cubierta por FFS Medicaid.</p>
Servicios de salud conductual: Desintoxicación para Pacientes Hospitalizados	Sí	No	<p>Los socios pueden remitirse a sí mismos.</p> <p>Se requiere notificación por sitio/institución a Amida Care dentro de las 48 horas. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i></p>
Servicios de salud conductual: Dependencia de Sustancias Químicas para Pacientes Hospitalizados (Rehabilitación)	Sí	No	<p>Los socios pueden remitirse a sí mismos</p> <p>Se requiere notificación por sitio/institución a Amida Care dentro de las 48 horas. <i>Llama al: 1-866-664-7142</i></p> <p>NOTA: La cobertura de SSI SNP sin VIH/SIDA está cubierta por FFS Medicaid.</p>
Servicios de salud conductual: Desintoxicación ambulatoria (ETOH)	Sí	No	<p>Los socios pueden remitirse a sí mismos.</p> <p>Se recomienda notificar a Amida Care.</p> <p><i>Llama al: 1-866-664-7142</i></p>
Servicios de salud conductual: Salud Mental ambulatoria	Sí	No	<p>Los socios pueden remitirse a sí mismos.</p> <p>Se recomienda notificar a Amida Care.</p> <p><i>Llama al: 1-866-664-7142</i></p> <p>NOTA: La cobertura de SSI SNP sin VIH/SIDA está cubierta por FFS Medicaid.</p>

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Servicios de salud conductual: Consumo de sustancias ambulatorio	No	N/A	Servicios creados para FFS Medicaid.
Centros de maternidad - Independientes	Sí	Sí	Requiere notificación a UM dentro de las 48 horas de la admisión.
Educación sobre lactancia materna/Servicios de lactancia	Sí	No	Los servicios de educación sobre lactancia y asesoramiento sobre lactancia deben ser ordenados por un médico, NP, MW o PA.
Manejo de la buprenorfina	Sí	No	Manejo de la buprenorfina por parte de un proveedor registrado y/o certificado para mantenimiento o desintoxicación cuando se proporciona y administra como parte de una visita al consultorio clínico.
Cateterización cardíaca	Sí	Sí	De acuerdo a la necesidad médica.
Rehabilitación cardíaca - Ambulatoria	Sí	Sí	De acuerdo a la necesidad médica.
Prueba de esfuerzo cardíaco	Sí	Sí	De acuerdo a la necesidad médica.
Administración de Casos (Case Management, CM)	Sí	No	Evaluación integral inicial del Manejo de casos dentro de los 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Reevaluación del Manejo de casos cada 180 días. Envía las evaluaciones por fax al 646-786-1802 a la atención del Departamento de Manejo de casos de Amida Care. NOTA: La CM de Salud en el Hogar está cubierta por FFS Medicaid.
Quimioterapia - Paciente hospitalizado	Sí	Sí	
Quimioterapia - Ambulatoria	Sí	No	Se requiere notificación a UM.
Servicios quiroprácticos	No	N/A	N/A
Cologuard (FIT – ADN)	Sí	No	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes considerados de riesgo promedio. Permite una evaluación por año, antes de requerir una autorización previa.
Artículos de comodidad	No	N/A	N/A
Medias de compresión y apoyo	Sí	No	N/A
Consultas para cirugía de reasignación de género	Sí	No	Comunícate con Amida Care para obtener información adicional.
Lentes De Contacto: para la vista	No	N/A	Consulta la Sección Servicio oftalmológico.

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Lentes de contacto: por necesidad médica	Sí	Sí	Consulta la Sección Servicio oftalmológico.
Monitores de glucosa continuos (EMD)	Sí	Sí	<p>Los monitores de glucosa continuos son una tecnología de control de glucosa que mide y muestra continuamente los niveles de glucosa intersticial. Las alarmas y alertas se utilizan para notificar a los socios cuando su nivel de glucosa en sangre excede o cae por debajo de los umbrales especificados. Los socios utilizan esta información para autocontrolar su diabetes.</p> <p>La cobertura de NYS Medicaid de un RT-CGM puede estar disponible para los socios que cumplan con cada uno de los siguientes criterios. El socio debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener un diagnóstico de diabetes tipo 1 • Estar bajo el cuidado de un endocrinólogo, o un proveedor de Medicaid inscrito con experiencia en el tratamiento de la diabetes, que ordene el dispositivo • Actualmente se realizan múltiples pruebas de glucosa con punción en el dedo diariamente • Estar en un plan de tratamiento con insulina que requiera un ajuste frecuente de la dosis de insulina • Poder, o tener un cuidador que pueda, escuchar y ver las alertas de RT-CGM y responder adecuadamente.
Continuidad de la atención - Socio nuevo con un proveedor no participante	Sí	Sí	Período de transición de hasta 60 días de atención con un proveedor no participante si el socio tiene una afección o enfermedad "que amenaza la vida" o "degenerativa e incapacitante". Se aplica también a los nuevos socios que reciben servicios de cuidado personal y/o un tratamiento continuo.
Continuidad de la atención - El proveedor abandonó la red	Sí	Sí	Período de transición de hasta 90 días si el socio necesita continuar con el tratamiento continuo con el proveedor actual. Se aplica a socios que reciben servicios de cuidado personal y/o un tratamiento continuo.
Cirugía plástica	No	N/A	<i>Consulta Cirugía plástica/reconstructiva</i>
Servicios ordenados por un tribunal	Sí	Sí	Se solicitará una copia de la Orden judicial.
Colonografía por TC (CTC)	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes considerados de riesgo promedio.
TC	Sí	No	N/A
Cuidado de custodia	N/A	N/A	Consulta los beneficios de Servicios De Cuidado Personal (Personal Care Services, PCS)
Relleno dérmico	Sí	Sí	<p>El Proveedor de Atención Primaria debe derivar al socio a un profesional de salud mental (psiquiatra, psicoterapeuta, LCSW/LMSW) para una evaluación para determinar si el socio sufre de una condición emocional o psiquiátrica causada por su lipoatrofia.</p> <p>Las evaluaciones deben actualizarse anualmente.</p> <p>Plan de tratamiento por escrito del PCP completado a pedido inicial que proporciona la necesidad médica, los objetivos y la duración del tratamiento.</p>
Desintoxicación	<i>Consulta Servicios de salud conductual</i>		N/A

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Autoentrenamiento en diabetes (DSMT)	Sí	No	<p>Los socios recién diagnosticados con diabetes pueden autorremitirse.</p> <p>El beneficio cubre hasta 10 horas por un período de 12 meses continuos y 2 horas por el año subsiguiente para capacitación de seguimiento.</p> <p>El DSMT debe ser realizado por un profesional autorizado, registrado o certificado del estado de New York en una de las siguientes disciplinas profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermera Registrada ▪ Enfermera Practicante Registrada ▪ Dietista Registrado ▪ Médico (MD, DO) ▪ Farmacéutico ▪ Asistente médico ▪ Fisioterapeuta ▪ Terapeuta respiratorio ▪ Trabajador Social Clínico Licenciado ▪ Trabajador Social con Maestría Licenciado ▪ Fisioterapeuta ▪ Terapeuta Ocupacional <p>Y acreditado por la Asociación Estadounidense de Diabetes (American Diabetes Association, ADA), la Asociación Estadounidense de Educadores en Diabetes (American Association of Diabetes Educators, AADE) como entrenador de DMST.</p>
Suministros para la diabetes - Preferidos	Sí	No	Visita www.amidacareny.org para obtener una lista de suministros preferidos.
Suministros para la diabetes - No preferidos	Sí	Sí	Visita www.amidacareny.org para obtener una lista de suministros preferidos.
Diálisis - Ambulatoria	Sí	No	La autorización previa se puede dar por intervalos de hasta 6 meses.
Terapia bajo Observación Directa (Directly Observed Therapy, DOT)	Sí	Sí	Incluye Tuberculosis y Terapia 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 considerados de riesgo promedio.
Servicios de Doula	Sí	No	A partir del 1 de octubre de 2024 para MMC y a partir del 1 de marzo de 2024 para FFS, los servicios de doula serán cubiertos para personas embarazadas, que den a luz y que estén atravesando el posparto, por los 12 meses siguientes luego del final del embarazo, sin importar cómo finalice el mismo.
Equipo Médico Duradero (EMD) – Inferior a \$500	Sí	No	Los proveedores no participante necesitan una autorización previa.
Equipo Médico Duradero (EMD) – Superior a \$500	Sí	Sí	N/A

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Rayos X de doble energía	Sí	No	Un máximo de un (1) tamizaje cada dos (2) años para hombres y mujeres mayores de 50 años con factores de riesgo de desarrollar osteoporosis.
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) Servicios/Servicios de Salud para Niños y Adolescentes (Child Teen Health Programs, C/THP)	Sí	No	Un paquete de exámenes de detección tempranos y periódicos que incluye exámenes interperiódicos y servicios de diagnóstico y tratamiento que NYS ofrece a todos los niños elegibles para Medicaid menores de veintiún (21) años de edad para incluir exámenes correctivos, preventivos, mantenimiento de atención médica, odontológica, oftalmológica y exámenes de audición.
Ecocardiograma	Sí	Sí	De acuerdo a la necesidad médica
Visitas a la Sala de Emergencias (ER)	Sí	No	Notificación a UM y resumen clínico por parte de los hospitales participantes recomendados en 48 horas. NOTA: Los servicios de emergencia también incluyen detección, intervención breve y remisión a tratamiento (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT) para la dependencia química.
Atención para el final de la vida / Cuidados curativos / paliativos	Sí	Sí	Consulta Cuidados paliativos
Procedimientos/Servicios experimentales/de investigación	Sí	Sí	Se cubre caso por caso
Servicios de planificación familiar y salud reproductiva	Sí	No	El socio puede "auto-remitirse" a un Proveedor de Amida Care o el socio puede usar su tarjeta de Medicaid para acceder a proveedores no participantes que aceptan Medicaid.
Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT) o Prueba de sangre oculta en heces de alta sensibilidad (High Sensitivity Fecal Occult Blood Testing, FOBT)	Sí	Sí	Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes considerados de riesgo promedio.
Sigmoidoscopia flexible (SIG)	Sí	No	Sin autorización previa para proveedores dentro de la red Tipo de método de detección de cáncer colorrectal para pacientes considerados de riesgo promedio.
Cirugía de reasignación de género	Sí	Sí	Comunícate con Amida Care para obtener información adicional.

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Asesoría genética	Sí	Sí	Se requiere una orden escrita La duración máxima permitida de la sesión es de dos (2) horas Máximo de dos (2) horas de asesoramiento previo a la prueba genética y máximo de dos (2) horas de asesoramiento posterior a la prueba genética Se proporciona en el consultorio de un médico, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro independiente de diagnóstico y tratamiento.
Hormona del crecimiento - administrada en el consultorio del médico	Sí	Sí	N/A
Servicios de reducción de daños	Sí	No	Los servicios de reducción de daños representan un enfoque de salud y bienestar totalmente integrado y centrado en los socios, que incluye, entre otros, la prevención y respuesta a sobredosis y la prevención de la transmisión del VIH, la hepatitis B y C y otras enfermedades en usuarios de sustancias. Debe ser recomendado por escrito por un médico u otro profesional autorizado.
Audífonos	Sí	Sí	N/A
Batería para audífonos	Sí	No	N/A
Implantes auditivos	Sí	Sí	N/A
Pruebas auditivas	Sí	No	N/A
Comidas entregadas a domicilio	Sí	Sí	Las Comidas entregadas a domicilio en Medicaid/HIV SNP están cubiertas solo para aquellos inscritos que están en transición del Programa de atención médica en el hogar a largo plazo (Long Term Home Health Care Program, LTHHCP) y que recibieron comidas entregadas en el hogar mientras estaban en el LTHHCP. El beneficio de Comidas entregadas a domicilio incluye hasta dos comidas por día entre semana y/o fines de semana cuando las necesidades del afiliado no pueden ser satisfechas por los servicios de apoyo existentes, incluidos los PCA aprobados y familiares.

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Enfermería especializada para cuidados de salud en el hogar, Fisioterapia, terapia ocupacional, Terapia del habla, Trabajador social, Asistente de salud en el hogar	Sí	No	<p>Una enfermera realizará una evaluación antes del inicio de los servicios.</p> <p>No se necesita autorización previa para las primeras 20 visitas. Se necesita autorización previa a partir de la visita 21.</p> <p>Los servicios de atención en el hogar se pueden solicitar como parte de la planificación del alta posterior a la hospitalización, después de una admisión de rehabilitación a corto plazo o según la condición del socio evaluada por el PCP, CM o el personal de Coordinación de Atención de Amida Care.</p> <p>Se otorga autorización sin aplicar Criterios clínicos para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto de bebés de alto riesgo (recién nacidos) ▪ Mujeres dadas de alta del hospital menos de 48 horas después del parto vaginal ▪ Mujeres dadas de alta del hospital menos de 96 horas después del parto por cesárea ▪ Después del alta del hospital o SNF. <p>Nota: La información clínica y el plan de atención deben presentarse con la solicitud de servicios adicionales.</p>
Hospital en casa	Sí	Sí	<p>A partir del 15 de abril de 2024, Mt. Sinai (NY), Mt. Sinai Beth Israel (NY), Mt. Sinai Morningside (NY), Northwell (North Shore University Hospital), St. Francis Hospital, The Heart Center (NY), St. Joseph Hospital (NY), Mercy Medical Center (NY), St. Charles Hospital (NY), St. Catherine of Siena Medical Center (NY), Good Samaritan Hospital Medical Center (NY), UHS Binghamton General Hospital y Wilson Regional Medical Center (NY)</p>
Telesalud	Sí	Sí	<p>Solo los socios cuyos riesgos se evalúen en persona antes de recibir los servicios de telesalud serán elegibles para el reembolso.</p>
Cuidado provisional de salud en el hogar SIN necesidad de enfermería especializada	Sí	Sí	<p>Provisional se define como un período de tiempo establecido (generalmente 30 días) para permitir la transición de los servicios de atención en el hogar de servicios de enfermería especializada a servicios de atención personal.</p> <p>El beneficio provisional brinda tiempo para que el proveedor de atención primaria inicie y envíe el formulario requerido (M11Q) al Plan para la revisión y aprobación de los servicios de atención personal y una evaluación universal completada por una RN</p> <p>El beneficio cubre un máximo de 45 días para la atención domiciliar provisional.</p> <p>Los Servicios de cuidado personal son servicios prestados por un asistente doméstico o personal de trabajo doméstico (es decir, cocinar, comprar, limpiar, etc.).</p> <p>NOTA: También se brindan servicios provisionales para los socios después del alta hospitalaria y los nuevos afiliados que reciben servicios de atención personal antes de la inscripción de una CHHA que utiliza personal de enfermería especializado para brindar atención personal.</p>

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Salud en el hogar posterior al trabajo de parto y parto	Sí	No	Amida Care debe proporcionar hasta 2 visitas domiciliarias posparto para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Madres de alto riesgo ▪ Mujeres con una estancia hospitalaria de menos de 48 horas después de un parto vaginal ▪ Mujeres con menos de 96 horas de hospitalización después de un parto por cesárea Las visitas domiciliarias posparto deben ser realizadas por un profesional de la salud calificado (las calificaciones mínimas son una enfermera registrada con experiencia en salud materno-infantil), y la primera visita debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores al alta.
Terapia de infusión IV en el hogar	Sí	Sí	N/A
Cuidados paliativos	Sí	Sí	Necesidad de obtener documentación del médico que indique que al socio le queda menos de un año de vida.
Admisiones hospitalarias - Electiva	Sí	Sí	N/A
Admisiones hospitalarias - Emergencia, trabajo de parto y parto	Sí	No	N/A
Hospital de nivel alternativo de atención (Alternate Level of Care, ALC)	Sí	Sí	N/A
Oxigenoterapia hiperbárica	Sí	Sí	N/A
Histerectomía (electiva)	Sí	Sí	N/A
Inmunizaciones	Sí	No	Las vacunas infantiles (menores de 19 años) se pagan a través del Programa VFC (Vaccine for Children). Meningocócica incluida.
Anticonceptivos implantables	Sí	No	N/A

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Tratamiento para la infertilidad	Sí	Sí	Amida Care cubrirá algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio estará limitado a la cobertura de 3 ciclos de tratamiento de por vida. Amida Care también cubrirá los servicios relacionados con la prescripción y el control del uso de dichos medicamentos. El beneficio de infertilidad incluye: • Visitas al consultorio • Radiografía del útero y trompas de Falopio • Ecografía pélvica • Análisis de sangre Puede ser elegible para servicios de infertilidad si cumple con los siguientes criterios: • Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada después de 12 meses de sexo regular sin protección. • Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.
Medicamentos inyectables	Sí	No	N/A
Admisión como paciente hospitalizado	Sí	Sí	N/A
Bomba de insulina	Sí	Sí	Cubierto como DME y requiere autorización previa si > \$500.
Fertilización in vitro	No	N/A	N/A
Análisis de laboratorio - Rutina	Sí	No	N/A
Análisis de laboratorio - Pruebas de resistencia y tropismo	Sí	No	N/A
Mamografía - Detección de diagnóstico y de rutina	Sí	No	N/A
Suministros médicos - Descartables	Sí	No	Visita www.amidacareny.org para obtener una lista de suministros médicos.
Comidas Medicamente Adaptadas (Medically Tailored Meals, MTM)	Sí	Sí	<u>Elegibilidad</u> Para ser elegible para recibir comidas médicamente adaptadas, tu proveedor debe proporcionar una remisión y tú debes: <ul style="list-style-type: none"> • Ser diagnosticado con una o más enfermedades graves o duraderas • Ser incapaz de completar las tareas diarias • Recibir 20 horas/semana o más de atención de Asistente de Cuidado Personal (Personal Care Assistant, PCA) con tiempo asignado para la preparación de comidas* *Este servicio reemplazará la preparación de comidas por parte del PCA, lo que resultará en una reducción en la cantidad de horas de PCA que recibes cada semana, por un período de 6 meses.
Servicios de partera	Sí	No	N/A
IRM	Sí	No	N/A

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Procedimientos Quirúrgicos Múltiples	Sí	Sí	Cuando se realizan varios procedimientos quirúrgicos durante la misma sesión quirúrgica, se reembolsa al proveedor el 100 % del procedimiento principal, el 50 % del segundo procedimiento y cada procedimiento adicional.
Programa Nacional para la Prevención de la Diabetes	Sí	Sí	<u>Elegibilidad:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tener al menos 18 años de edad • Debe tener un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25; mayor que igual a 23 si es asiático-americano • No tener un diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o tipo 2 (con la excepción de la diabetes gestacional (DMG)) • Tener un resultado de análisis de sangre en el rango de prediabetes en el último año: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoglobina A1C: 5.7 % - 6.4 % o ○ Glucosa plasmática en ayunas: 100-125 mg/dL o ○ Glucosa plasmática a las dos horas (después de una carga de glucosa de 75 g): 140 – 199mg/dL • Puntuación de 5 o más en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC/ADA • No estar actualmente embarazada
Elegibilidad para recién nacidos	Sí	No	Se recomienda notificación a UM.
Proveedores no participantes	N/A	Sí	La cobertura solo se aplica a las instancias de Continuidad de la atención.
Medicina nuclear	Sí	No	N/A
Residencia geriátrica (Largo Plazo –Cuidado de custodia)	Sí	Sí	N/A
Consejería nutricional - Ambulatoria	Sí	No	Debe ser parte de una necesidad médica demostrable bajo la guía de un médico, como atención prenatal, atención de diabetes, obesidad y desnutrición.
Terapia nutricional- Cobertura médica	Sí	Sí	Valoración e intervención inicial, individual, cara a cara con el paciente Sesión de 15 minutos
Terapia nutricional- Cobertura médica	Sí	Sí	Terapia de Nutrición Médica Seguimiento, reevaluación e intervención, individual, cara a cara con el paciente Sesión de 15 minutos.
Obstetricia/Ginecología y Atención prenatal	Sí	No	Los socios pueden remitirse “a sí mismos” a cualquier proveedor de Amida Care. Los socios pueden usar su tarjeta de Medicaid para acceder a proveedores no participantes que aceptan Medicaid. Además de los servicios de obstetricia y ginecología, los beneficios también incluyen servicios tales como: clases de preparación para el parto, asesoramiento para dejar de fumar (hasta seis (6) sesiones al año), atención nutricional, asesoramiento y pruebas de VIH, atención extendida y clases de crianza.

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Observación	Sí	Sí	*A partir del 15 de abril de 2024, los únicos establecimientos elegibles son Mt. Sinai (Hospitales) y SUNY Downstate
Pruebas de pronóstico para el tratamiento del cáncer de mama	Sí	Sí	Las pruebas de expresión génica de pronóstico Oncotype DX, EndoPredict y Prosigna ayudan a los médicos a tomar decisiones sobre el uso efectivo y apropiado de la quimioterapia en pacientes masculinos y femeninos con neoplasias malignas de mama.
Cirugía oral	Sí	Sí	N/A
Calzado ortopédico / Calzado recetado y ortesis personalizadas	Sí	Sí	Calzado ortopédico limitado a dos (2) pares de calzado al año.
Fuera del estado - Atención electiva	No	N/A	N/A
Emergencias fuera del estado - Visitas/Admisiones a ER	Sí	No	N/A
Visitas al consultorio - Consulta nueva	Sí	No	N/A
Procedimientos ambulatorios	Sí	Sí	N/A
Leche Humana Donada y Pasteurizada (Pasteurized Donor Human Milk, PDHM)	Sí	Sí	Los planes de Atención Administrada de Medicaid (Medicaid managed Care, MMC) deben cubrir el uso de PDHM para pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesario.
Paliativo - Servicio de duelo	Sí	Sí	N/A
Paliativo - Terapia expresiva	Sí	Sí	N/A
Paliativo - Terapia de masajes	Sí	Sí	N/A
Paliativo – Manejo del dolor y los síntomas	Sí	Sí	N/A
Servicios De Cuidado Personal (Personal Care Services, PCS)	Sí	Sí	<p>Para solicitudes nuevas, los socios pueden llamar a la línea de ayuda del asesor independiente de New York (New York Independent Assessor, NYIA) y hablar con un representante del centro de llamadas de NYIA al 855-222-8350.</p> <p>Las nuevas solicitudes requieren que NYIA complete una evaluación y una cita clínica.</p> <p>Los servicios de Nivel 1 están limitados a un máximo de 8 horas por semana.</p> <p>Los servicios de Nivel 2 son para el cuidado personal, según las necesidades del socio.</p> <p>Los Servicios de Cuidado Personal Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Personal Care Services, CDPAS) están cubiertos.</p>

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Sistema de Respuesta Personal ante Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	Sí	Sí	<p>El PERS debe estar en conjunto con Servicios de cuidado personal o Servicios de atención en el hogar.</p> <p>La autorización para los servicios del PERS se basa en la aprobación de los servicios de PCA.</p> <p>Amida Care evalúa el PERS por necesidad médica y autoriza los servicios por períodos de hasta 6 meses. La autorización del PERS no sustituye ni reemplaza la asistencia con las tareas de PCS.</p>
TEP	Sí	No	N/A
Cirugía plástica / Cirugía reconstructiva - No cosmética	Sí	Sí	N/A
Podología	Sí	No	<p>Cubierto cuando la condición física presenta un riesgo por la presencia de enfermedad localizada, lesión o síntomas del pie, o para el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies, como el tratamiento de durezas, callos, corte de uñas, remojo o limpieza NO está cubierto en ausencia de una enfermedad.</p>
Detección de depresión materna posparto	Sí	Sí	<p>La primera evaluación no requiere una autorización previa, siempre que la evaluación se realice dentro del primer año de vida del bebé.</p> <p>Las evaluaciones adicionales requieren una autorización previa. Máximo de tres (3) exámenes de detección dentro del primer año de vida del bebé.</p>
Atención prenatal	Sí	No	<p>Además de los servicios de obstetricia y ginecología, los beneficios también incluyen servicios tales como: clases de preparación para el parto, asesoramiento para dejar de fumar (hasta seis (6) sesiones al año), atención nutricional, asesoramiento y pruebas de VIH, atención extendida y clases de crianza. (Gestor de Servicios de Cuidados a Largo Plazo)</p>
Prueba prenatal de detección de portadores (Síndrome del X frágil)	Sí	Sí	<p>Cubierto cuando se cumple uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay antecedentes personales o familiares de Síndrome de temblor y ataxia asociado a frágil X, Trastorno del Espectro Autista o retraso mental inexplicable en un familiar de 1.º, 2.º o 3.º grado de cualquiera de los padres. ▪ La madre tiene un nivel elevado de hormona estimulante del folículo (Follicle Stimulating Hormone, FSH) antes de los 40 años o insuficiencia ovárica prematura sin causa conocida; o ▪ La madre de un pariente femenino de 1.º o 2.º grado de cualquiera de los padres en un portador confirmado.

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Prueba prenatal de detección de portadores (Atrofia Muscular Espinal)	Sí	Sí	Cubierto cuando se cumple uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay antecedentes personales o familiares de atrofia muscular espinal (AME) u otra distrofia muscular de tipo desconocido en un pariente de 1.º o 2.º grado de cualquiera de los padres. ▪ El padre es un portador conocido. <p>La prueba de detección de portadora de AME de la pareja masculina de un embarazo estará cubierta si se determina que la mujer embarazada es portadora.</p>
Prueba prenatal para detección de trisomía del par 21, 18 y 13	Sí	Sí	Cubierto cuando se cumple uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cualquiera de los padres tiene antecedentes familiares de aneuploidía en un pariente de 1.º o 2.º grado ▪ La mujer embarazada es de edad materna avanzada (30 años o más al momento del parto) ▪ La detección estándar de suero o los hallazgos ultrasonográficos fetales indican un mayor riesgo de aneuploidía ▪ Los padres tienen antecedentes de un embarazo anterior con una trisomía ▪ Se sabe que cualquiera de los padres tiene una translocación robertsoniana ▪ Embarazo gemelar, pero no embarazos multigestacionales superiores
Prueba prenatal sin estrés	Sí	No	La autorización previa se aplica si hay más de dos instancias durante el curso del embarazo.
Medicamentos con y sin receta (De venta libre (OTC)), suministros médicos y fórmula enteral	Sí	Sí	Incluye productos farmacéuticos y suministros médicos <p>La Terapia Hormonal Cruzada de Afirmación de Género (Cross Gender Hormone Therapy, CGHT), anteriormente conocida como Terapia de Reemplazo Hormonal (Hormone Replacement Therapy, HRT), requiere autorización previa.</p> <p>Llama a Express Scripts (ESI) 1-800-417-8164.</p> <p><i>Consulta el formulario de farmacia del Plan en www.amidacareny.org para conocer los medicamentos preferidos, los medicamentos que requieren autorización previa o la terapia escalonada.</i></p>
Servicios de Salud Preventivos	Sí	No	N/A
Enfermería privada	Sí	Sí	N/A
Procedimiento (Testopel)	Sí	Sí	N/A
Prótesis	Sí	Sí	N/A
Radioterapia	Sí	No	N/A
Exámenes de diagnóstico de radiología (excluyendo TEP)	Sí	No	N/A

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Rehabilitación – Hospitalizado	Sí	Sí	Los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico, razonablemente necesarios para prestarlos como paciente hospitalizado en lugar de en un centro menos intensivo como SNF o como paciente ambulatorio.
Rehabilitación - Ambulatoria (Fisioterapia) GAS/Salud en el hogar/Ambulatorio	Sí	No	No se necesita autorización previa para las 20 visitas iniciales; Se necesita autorización previa a partir de la visita 21
Rehabilitación – Ambulatoria (Terapia Ocupacional) GAS/Salud en el hogar/Ambulatorio	Sí	No	No se necesita autorización previa para las 20 visitas iniciales; Se necesita autorización previa a partir de la visita 21
Rehabilitación – Ambulatoria (Terapia del Habla) GAS/Salud en el hogar/Ambulatorio	Sí	No	No se necesita autorización previa para las 20 visitas iniciales; Se necesita autorización previa a partir de la visita 21.
Cuidados de Salud Residenciales – Centro de Enfermería Especializada a corto plazo	Sí	Sí	N/A
Cuidados de Salud Residenciales – Centro de Enfermería Especializada a largo plazo	Sí	Sí	N/A
Detección, intervención breve y remisión a tratamiento (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT) para la dependencia química.	Sí	No	Los servicios de SBIRT están disponibles para socios de diez (10) años o más en salas de emergencia, departamentos ambulatorios de hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento y consultorios médicos.
Segundas opiniones - Médicas o quirúrgicas	Sí	No	Se requiere autorización previa solo para proveedores fuera de la red.
Estudio de Apnea del Sueño	Sí	Sí	Puede ser ambulatorio durante la noche u hospitalizado con síntomas de presentación

Servicio	Beneficio de AC	Se requiere Autorización previa	Pautas
Consejería para Dejar de Fumar (Smoking Cessation Counseling, SCC)	Sí	No	Sin límite en el número de sesiones de consejería por año calendario La SCC debe ser proporcionada personalmente por un médico, un Asistente médico registrado, una Enfermera Practicante Registrada o una Partera licenciada, una Enfermera Registrada, un Psicólogo clínico, un Trabajador Social con Maestría Licenciado, un Trabajador Social Clínico Licenciado o una Enfermera Practicante Registrada durante una visita médica. (Sin sesiones grupales).
Productos para dejar de fumar	Sí	No	Se permiten dos (2) cursos de terapia para dejar de fumar por beneficiario, por año calendario. Un curso de terapia se define como un suministro de no más de 90 días (una orden original y dos (2) reabastecimientos, incluso si se dispensa un suministro de menos de 30 días en cualquier suministro).
Sonogramas	Sí	No	Solo se requiere autorización previa para más de una (1) ecografía por trimestre.
Especialista como PCP	Sí	Sí	
Esterilización	Sí	No	N/A
Reversión de la esterilización	No	N/A	N/A
Trasplantes	Sí	Sí	N/A
Dilatadores vaginales	Sí	Sí	N/A
Atención de urgencia y sin cita	Sí	No	N/A
Vacío para heridas - Paciente hospitalizado	Sí	Sí	Los miembros deben residir en una residencia geriátrica a corto o largo plazo para recibir el servicio.
Vacío para heridas - Ambulatorio	Sí	Sí	N/A
Servicio oftalmológico: Servicios de cuidado de la vista y baja visión- Well Vision (Exámenes refractivos)	Sí	No	Beneficio administrado por Davis Vision. Los socios pueden comunicarse directamente con Davis Vision al 1-800-999-5431. Exámenes de la vista cada dos (2) años Nuevo par de anteojos cada dos (2) años Los exámenes para baja visión y las visitas a especialistas necesitan remisiones
Todos los demás servicios (No incluidos anteriormente)	Para cualquier servicio o situación que no sean los incluidos anteriormente, comuníquese con el Plan para obtener indicaciones.		

II. Servicios mejorados de SNP para VIH

Servicio	Descripción
<p>Manejo de casos Evaluaciones/Planes de servicios</p>	<p>El socio puede ser evaluado por necesidades psicosociales o no médicas, lo que resulta en el desarrollo de un “plan de servicios” por parte de un gestor de casos.</p> <p>La evaluación/plan de servicios inicial se completará dentro de los primeros 60 días de admisión y luego se volverá a evaluar al menos cada 180 días a partir de entonces.</p> <p>Si deseas obtener información adicional, consulta <i>Administración de Casos</i>.</p>
<p>Terapia bajo Observación Directa (Directly Observed Therapy, DOT) o Terapia Antirretroviral bajo Observación Directa (Directly Observed Antiretroviral Therapy, DART)</p>	<p>Los socios deben ver a un proveedor médico autorizado para poder tomar los medicamentos recetados.</p> <p>Este debe ser un encuentro cara a cara documentado que coincida con un programa de tratamiento médico e incorporado a un plan de servicio orientado a objetivos.</p>
<p>Acompañantes</p>	<p>Los socios pueden ser acompañados de ida y vuelta (hacia/desde) una cita médica/de atención especializada u otra cita, como la recertificación de Medicaid u otros beneficios, servicios legales o de apoyo.</p> <p>Este servicio se puede asegurar a través de la Retención en la Unidad de Cuidados (Retention in Care Unit, RICU) de Amida Care.</p>
<p>Servicios de adherencia al tratamiento/Educación sobre el tratamiento</p>	<p>Los socios pueden ver a un consejero capacitado, a un farmacéutico o a un miembro del equipo médico con el fin de aumentar la adherencia a un régimen de tratamiento o la educación sobre el tratamiento.</p>