



# Programa de Salud HUSKY Tablas de Beneficios

Servicios Cubiertos para HUSKY B





## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

**Todos los servicios tienen que ser médicamente necesarios. Co-pagos y primas pueden aplicarse.**

Los niños en HUSKY B pueden calificar para servicios suplementarios si sus necesidades médicas van más allá de lo que HUSKY B ofrece. Esta cobertura adicional se ofrece a través de HUSKY Plus. No hay co-pagos para HUSKY Plus. Todos los servicios recibidos a través de HUSKY Plus requieren autorización previa antes de recibir el servicio. Es la responsabilidad del proveedor obtener autorización previa del programa HUSKY Plus. Para más información acerca de HUSKY Plus, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889.

La atención preventiva está cubierta sin co-pagos y sin autorización previa. Los exámenes de bienestar para niños pueden incluir: historial médico, examen físico, pruebas de crecimiento, vacunas, examen oral, análisis de sangre, exámenes de orina, detección de problemas de desarrollo y / o de salud conductual e información sobre seguridad. Para obtener una lista de las vacunas recomendadas para niños, [oprima aquí](#). Para obtener información sobre exámenes de bienestar, exámenes y vacunas, [oprima aquí](#).

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Pruebas de Alergia / Visitas a la Oficina /Inyecciones de Alergia</b>	Co-pago de \$10.00 por visita a la oficina. No se aplica ningún co-pago para las vacunas contra la alergia. Sin copago para inmunoterapia u otra terapia.	No	Proveedor de Cuidado Primario ó Alergista
<b>Ambulancia: Ambulancia de emergencia terrestre y aérea</b>	Para emergencias solamente (Llame al 911 para recibir una ambulancia terrestre de emergencia).	No	Ambulancia
<b>Salud Conductual</b> (Salud mental y Tratamiento de abuso de sustancias)	Contacte a la Colaboración de Salud Mental CT (CTBHP, por sus siglas en Inglés) al <a href="http://www.ctbhp.com">www.ctbhp.com</a> ó 1.877.552.8247 Co-pagos se aplican a algunos servicios.		
<b>Control de Anticonceptivos</b>	Requiere receta para todos los anticonceptivos obtenidos en una farmacia. Se aplican límites mensuales para los condones. La píldora del Plan B después de la mañana está cubierta con receta médica. No se aplica co-pago para la visita a la oficina. Cuando se obtiene en una farmacia, \$5.00 de co-pago por píldoras anticonceptivas genéricas, \$10.00 de co-pago por píldoras anticonceptivas de marca. Cuando se obtienen en centros comunitarios de salud y clínicas de planificación familiar, no se aplica co-pago para anticonceptivos.	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>Farmacia</li> <li>Métodos anticonceptivos que son implantados o insertados: Proveedor de Cuidado Primario u OB/GYN</li> </ul>



## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Cuidado Cardíaco</b> <i>(Incluye revisión diagnóstica y Pruebas)</i>	\$10.00 co-pago por visita a la oficina.	No	Cardiólogo o Proveedor de Cuidado Primario
<b>Programa de Rehabilitación Cardíaca</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	No	Hospital
<b>Quiropráctica</b>	Limitado a ciertos servicios específicos proporcionados por un quiropráctico independiente o dentro de una clínica / centro de salud.	Sí	Quiropráctico
<b>Dental</b>	Contacte a la Colaboración de Salud Dental <a href="http://www.ctdhp.com">www.ctdhp.com</a> ó al 1.855.283.3682. Co-pagos se aplican para algunos servicios.		
<b>Diálisis</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	No	Sitio de diálisis u hospital
<b>Pañales y Provisiones de Incontinencia de Adulto</b>	<b>HUSKY B:</b> No están cubiertos. <b>HUSKY Plus Edades 3+:</b> Los suministros para la incontinencia (pañales y guantes) están cubiertos si es médicamente necesario.	Sí	Proveedor de Equipo Médico
<b>Provisiones Diabéticas tales como:</b> <i>medidor de glucemia, paños con alcohol, tiras de prueba (orina, sangre, o reactivas), lancetas</i>	Cubierto bajo el beneficio de Farmacia o bajo el beneficio del Equipo Médico. La insulina está cubierta bajo el beneficio de la farmacia.	Sí, para algunos artículos tales como bombas de insulina	Farmacia O en una farmacia que también es un Proveedor de Equipo Médico
<b>Zapatos Diabéticos</b>	2 pares están cubiertos por año de calendario sin autorización previa.	Si se pide más de 2 pares por año de calendario, requiere autorización previa.	Proveedor de Equipo Médico
<b>Servicios de Emergencia / Cuidado Urgente</b>	<b>Dentro del estado:</b> Cubiertos en un Hospital o proveedor de cuidado urgente. Co-pago de \$10 por Atención Urgente. No co-pago se aplica para visitas a la sala de emergencias. <b>Fuera del estado:</b> No están cubiertos <i>a menos</i> que la visita sea médicamente necesaria Y el proveedor se inscriba en HUSKY. <b>Fuera del país:</b> Servicios de emergencia no están cubiertas cuando se reciban fuera de EE.UU. o territorios de EE.UU.	No	Departamento de Emergencia Hospitalaria o Centro de Cuidado Urgente dentro de los EE.UU. y territorios de EE.UU.



## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de Beneficio B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Cuidado de Ojos/Especiales</b>	<p><b>Especiales:</b> Algunos límites aplican al tipo de marcos y lentes. Algunos tipos de lentes especiales pueden estar cubiertos si es médicamente necesario. \$15 de co-pago por examen de la vista y \$100 de mesada para comprar lentes cada 2 años.</p> <p><b>Lentes de contacto:</b> Cubiertos solamente para ciertos diagnósticos.</p>	No	<p>Optometrista u Oftalmólogo para examen de la visión</p> <p>Optometrista u Óptico para espejuelos o lentes de contacto cuando estén cubiertos</p>
<p><b>Planificación Familiar</b> (para cuidado continuo)</p> <p><i>(Incluye control de anticonceptivos, exámenes, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y HIV. Vea también Anticonceptivos, y Maternidad)</i></p>	<p>Cubierto cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Sin co-pago para visitas a la oficina.</p> <p><b>Control de la Anticonceptivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se obtiene en una farmacia, \$5 de co-pago por píldoras anticonceptivas genéricas, \$10 de co-pago por píldoras anticonceptivas de marca.</li> <li>• Cuando se obtienen en centros comunitarios de salud y clínicas de planificación familiar, sin co-pago.</li> <li>• Los medicamentos para la fertilidad y la esterilización no están cubiertos.</li> </ul>	No	<p>Proveedor de Cuidado Primario o Especialista</p> <p>Artículos de receta se obtienen en una farmacia</p> <p>Clínicas de planificación familiar, centros de salud comunitarios</p>
<b>Pruebas Genéticas</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Sí	Especialista o Proveedor de Cuidado Primario
<b>Ginecología</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	No	Proveedor de Cuidado Primario, OB/GYN
<b>Exámenes de Audición</b>	Se aplica un co-pago de \$15.	Sí, para más de 1 evaluación por año de calendario	Audiólogo o médico de Oído, Nariz y Garganta (ENT)
<b>Audífonos</b>	<p><b>HUSKY B:</b> Cubierto para niños de 0 a 12 años con cobertura limitada a \$1,000 en un período de 24 meses.</p> <p><b>HUSKY Plus:</b> Cubre audífonos para mayores de 13 años.</p>	No  Si	Audiólogo como Proveedor de Equipo Médico o un Proveedor de Equipo Médico que proporciona audífonos
<b>Baterías de Audífonos</b>	Requiere receta médica.	No	Una farmacia que también sea Proveedor de Equipo Médico





## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Cuidado de Salud en el Hogar:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Visitas de Enfermería Especializada en el Hogar</b></li> </ul>	Cubierto cuando es médicamente necesario. <b>Visitas de Maternidad:</b> Se limita a servicios para mujeres embarazadas en alto riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, para más de 2 visitas de enfermería por semana de calendario</li> <li>Sí, para más de 2 visitas prenatales y/o 2 visitas postnatales</li> </ul>	Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Visitas de Ayudante de Salud en el Hogar</b></li> </ul>	Tiene que proveer cuidado personal físico (para alimentación, duchas, uso del inodoro, vestimenta o movilidad). Servicios de vigilancia, ama de casa/acompañamiento no están cubiertos.	Sí, para más de 14 horas por semana.	Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Visitas de Terapia Física (TF), Terapia Ocupacional (TO), y/o Terapia del Habla (TH) en el Hogar</b></li> </ul>	<b>HUSKY B:</b> Cubierta para condiciones donde se espera una recuperación significativa dentro de 60 días. TF, TO y TH se limitan a 60 días de servicios combinados por lesión o condición bajo HUSKY B. <b>HUSKY Plus:</b> Cubre terapias físicas, ocupacionales y del habla después de la autorización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>TF, TO y TH: necesarios después de la evaluación inicial</li> <li>TF, TO, TH con autorización antes de recibir el servicio.</li> </ul>	Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Visitas Extendidas de Enfermería Especializada en el Hogar (turnos de enfermería)</b></li> </ul>	<b>HUSKY B:</b> No esta cubierto.	N/A	



## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hospicio en el Hogar</b> <i>El cuidado de hospicio está dirigido al cuidado de la comodidad y alivio de síntomas de la enfermedad terminal. Por lo general, no incluye tratamiento dirigido a curar.</i></li> </ul>	<p>Los servicios de hospicio están disponibles para los miembros que son diagnosticados con una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.</p> <p>Los miembros pueden recibir tratamiento para curar al mismo tiempo que están recibiendo cuidado de hospicio.</p>	No	Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar /Hospicio en el Hogar
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Servicios de Infusión en el Hogar</b> <i>(Medicina intravenosa en el hogar)</i></li> </ul>	Cubierto cuando sea médicamente necesario.	Sí	Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar /Compañía de Infusión en el Hogar
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Visitas de Enfermería al Hogar para Condiciones de Salud Conductual</b></li> </ul>	<p>Contacte a la Colaboración de Salud Mental CT (<i>CTBHP por sus siglas en inglés</i>) al <a href="http://www.ctbhp.com">www.ctbhp.com</a> ó 1.877.552.8247</p> <p>Pueden aplicarse co-pagos.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cuidado Hospitalario de Hospicio</b> <i>El cuidado de hospicio es dirigido a cuidado de comodidad y alivio de síntomas de enfermedad terminal. Usualmente no incluye tratamiento dirigido a curar.</i></li> </ul>	Servicios hospitalarios de hospicio están disponibles para miembros diagnosticados con una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos.	Sí, para hospitalizaciones que duren más de 5 días.	Hospicio hospitalario o unidad de hospicio
<b>Cuidado Hospitalario:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hospitalizado</b></li> </ul>	La cobertura incluye visitas del médico mientras está hospitalizado.	Sí, para toda admisión <i>programada</i> excepto para la maternidad.	Hospital
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Ambulatorio</b></li> </ul>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Sí, para algunos procedimientos quirúrgicos.	Hospital
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cuidado Hospitalario Especializado a Largo Plazo</b></li> </ul>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Sí	Hospital



## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Servicios de Laboratorio</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Para prueba genética solamente	Laboratorio
<b>Cuidado a Largo Plazo en la Facilidad de Enfermería Especializada</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Sí	Facilidad de Enfermería Especializada
<b>Maternidad (prenatal, parto y postparto) Extractores de Leche</b>	<b>Partos en hospital:</b> No hay limitaciones. <b>Partos en el hogar:</b> Cubierto cuando es asistido por una Enfermera Obstétrica Certificada. <b>Extractores de Leche:</b> Cubiertos después de que nazca el bebé. Requiere una receta a nombre de la madre. <b>Clases de parto/Lamaze:</b> No están cubiertas.	No se requiere autorización previa para cuidado prenatal, parto y postparto. <b>Extractores de Leche:</b> Solamente extractores de calidad de hospital requieren autorización previa.	OB/GYN, Enfermera Obstetra Certificada
<b>Equipo Médico</b> (para uso en el hogar) <i>Definición: Equipo reutilizable que puede resistir uso repetido, y es usado generalmente para servir un propósito médico. Incluye artículos tales como Caminadores, Sillas de Ruedas, Equipo de Apnea de Sueño, Extractores de Leche, etc.</i>	<b>HUSKY B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe ser médicamente necesario y cumplir con la definición de Equipo Médico. Requiere receta medica.</li> <li>Las sillas de ruedas eléctricas no están cubiertas.</li> </ul> <b>HUSKY Plus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una silla de ruedas eléctrica cada 5 años puede estar disponible bajo HUSKY Plus.</li> </ul>	Sí, para algunos artículos  Sí	Proveedor de Cuidado Primario o Especialista puede escribir una receta y un Proveedor de Equipo Médico proporciona estos artículos
<b>Provisiones Médicas</b> <i>Desechable p.ej. Gasa, Guantes, Jeringas</i>	<b>HUSKY B:</b> Se requiere receta. <b>HUSKY Plus:</b> Cobertura suplementaria puede estar disponible para guantes.	No Sí	Farmacia
<b>Salud Conductual</b>	Contacte a la Colaboración de Salud Conductual CT (CTBHP, por sus siglas en inglés) al <a href="http://www.ctbhp.com">www.ctbhp.com</a> ó 1.877.552.8247 Pueden aplicarse co-pagos.		



## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Naturópata</b>	Limitado a algunos servicios específicos; cubierto cuando sea médicamente necesario.	Sí, para más de 5 visitas por proveedor por mes.	Naturópata
<b>Orientación de Nutrición</b>	Sólo están cubiertos como parte de una visita a la clínica o cuando son recibidos de un Médico, una Enfermera Registrada de Práctica Avanzada o un Asistente Médico; No cubierto con un dietista registrado independiente.	No	Médico, Enfermero Registrado de Práctica Avanzada (APRN), Asistente de Médico (cuando es parte de visita a un médico o APRN)
<b>Ortóticos</b> <i>Moldes para zapatos de receta médica hechos a la medida para tratar condiciones de pies y tobillos.</i>	<b>HUSKY B:</b> No está cubierto. <b>HUSKY Plus:</b> Cobertura para zapatos ortopédicos y otros soportes para los pies.	Sí	Podólogo, Fisioterapeuta o Médico Ortopédico
<b>Farmacia</b> <i>Medicina de receta médica, Medicina, vitaminas y suplementos de venta libre</i>	Se requiere una receta incluso para los artículos de Venta Libre que están cubiertos (vitaminas, medicinas y suplementos); ciertos límites son aplicados. \$5 de co-pago por medicamentos genéricos. \$10 de co-pago por medicamentos de marca.	Algunas recetas requieren autorización previa. <i>Llame a la Línea de Beneficio de Farmacia: 1.860.269.2031 para información específica.</i>	Farmacia
<b>Físicos</b>	<i>(Ver Exámenes de Bienestar)</i>		
<b>Prótesis</b> <i>Un dispositivo artificial para reemplazar una parte faltante del cuerpo. La parte del cuerpo puede faltar debido a trauma, enfermedad o condición congénita</i>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Algunas prótesis requieren autorización previa.	Contacte a Servicios de Compromiso al Miembro





## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés). Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Servicios de Rehabilitación:</b> <b>Ambulatorio</b> <i>Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla</i> <b>Hospitalizado</b> <i>Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla</i> (Para servicios en el hogar, vea Cuidado de Salud en el Hogar)	<b>HUSKY B:</b> Ambulatorio: Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla están limitados a 60 días de servicios combinados por lesión o condición. <b>HUSKY Plus:</b> Ambulatorio: Cubierto después del límite de 60 días. <b>Hospitalizado:</b> Este servicio esta Cubierto.	Sí	Fisioterapeuta, Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas del Habla
<b>Cirugía</b>			
• <b>Bariátrica</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Sí	Hospital o Centro de Cirugía
• <b>Cosmética</b>	Cirugía cosmética no está cubierto.	Si	Hospitalo Centro de Cirugía
• <b>Hospitalizado</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Si	Hospital o Centro de Cirugía
• <b>Ambulatorio</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Algunos procedimientos requieren autorización previa.	Hospital o Centro de Cirugía
• <b>Reconstructiva</b>	Cubierto cuando es médicamente necesario.	Si	Hospital o Centro de Cirugía
<b>Transportación a Citas Médicas</b>	<b>HUSKY B:</b> No está cubierto.		
<b>Cuidado Urgente/Ambulatorio (dentro del estado)</b>	Co-pago de \$10.00.	No	Centros de Cuidado Urgente



## Beneficios de Miembros – Servicios cubiertos para HUSKY B

Todo el cuidado de salud que usted reciba a través del Programa de Salud HUSKY B tiene que ser por medio de proveedores que participen en la Red del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP, por sus siglas en Inglés) . Proveedores inscritos en HUSKY B pueden incluir: farmacias, hospitales, compañías de equipo médico y agencias de cuidado de salud en el hogar también deben participar en la red CMAP (HUSKY). Algunos proveedores que no son participantes pueden escribir recetas, ordenar exámenes, o referir a miembros de HUSKY para recibir otros servicios. Si no está seguro(a) si su proveedor participa en HUSKY, si necesita ayuda para encontrar un proveedor o si necesita más información sobre los beneficios o servicios de HUSKY, llame a Servicios de Compromiso al Miembro al 1.800.859.9889 o [envíenos un correo electrónico seguro](#) en cualquier momento.

Beneficio HUSKY B	Limitaciones de HUSKY B	*¿Requiere Autorización previa?	Proveedores de HUSKY B que ofrecen este cuidado
<b>Exámenes de Bienestar: Niños</b> Los exámenes de bienestar para niños pueden incluir: historial médico, examen físico, análisis de crecimiento, vacunas, examen oral, análisis de sangre, análisis de orina, detección de problemas de desarrollo y / o de salud conductual e información sobre seguridad.	Cubierto cuando es médicamente necesario.  Para más información, <a href="#">oprima aquí</a> .	No	Proveedores de Cuidado Primario
<b>Exámenes de Bienestar: Adultos</b> Los exámenes de bienestar para adultos pueden incluir: historial médico y familiar, examen físico, control de presión arterial y colesterol, examen de audición, análisis de sangre, análisis de orina para problemas de salud conductual, alcohol, tabaco y uso de sustancias, seguridad personal, salud cardíaca, nutrición y actividad física; y vacunas	Cubierto cuando es médicamente necesario.  Para más información, <a href="#">oprima aquí</a> .	No	Proveedores de Cuidado Primario

Community Health Network of Connecticut, Inc. (CHNCT) y el Programa de Salud HUSKY cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** si habla un idioma que no es el inglés, los servicios de asistencia lingüística están disponibles para usted, de forma gratuita. Llame al 1.800.859.9889 (TTY: 711) para obtener ayuda.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.859.9889 (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1.800.859.9889 (TTY: 711).