

2008 Quick Reference Guide to the Vermont Medicaid Health Care Programs

Y=Covered Services

N=Non-Covered Services

SERVICE	MEDICAID (FFS)	MEDICAID MANAGED CARE PC Plus	VHAP LIMITED (FFS) (Ages 18+)	VHAP MANAGED CARE PC Plus (Ages 18+)
Ambulance	Y	Y	Y	Y
Cert. Nurse Midwife	Y	Y	Y	Y
Chiropractic-Children <12	Y (PA)	Y (PA)	N	N
Chiropractic-Ages 12 & Up	Y (10 Visits, then PA)	Y (10 Visits, then PA)	Y (10 Visits, then PA)	Y (10 Visits, then PA)
Community Mental Health Center	Y	Y	Y	Y
Dental (Adult)	Y (\$495)	Y (\$495)	N	N
Dental (Children)	Y	Y	N	N
Dentures (Full & Partial)	N-Adult Y-Children	N-Adult Y-Children	N	N
Diabetic Supplies	Y	Y	Y	Y
DME (MNF Required)	Y	Y	N	Y
Emergency Room	Y	Y	Y	Y
Eye Refractions	Y (1 Per 2 Years)	Y (1 Per 2 Years)	N	Y (1 Per 2 Years)
Eyeglasses (Children)	Y (1 Per 2 Years)	Y (1 Per 2 Years)	N	N
Eyeglasses (Adult)	N	N	N	N
Family Planning	Y	Y	Y	Y
Hearing Aid (1 per ear per 3 years)	Y	Y	N	N
Hearing Aids (Under 21) (1 per ear per 3 years)	Y	Y	N	N
Home Based Waivers	Y	N	N	N
Home Health Aide	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Home Health Nursing	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Hospice	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Immunizations	Y	Y	Y	Y
Inpatient Hospital (Urgent/Emergent/Elective)	Y	Y	Y (Excludes Institution for Mental Disease)	Y
Lab Tests & X-rays	Y	Y	Y	Y
Maxillofacial Surgery	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)

Medical Supplies	Y	Y	N	Y
Mental Health Services	Y	Y	Y	Y
Naturopathic Services	Y	Y (Referral if Naturopath physician is not the PCP)	Y	Y (Referral if Naturopath physician is not the PCP)
Nurse Practitioners	Y	Y	Y	Y
Nursing Facility-Custodial	Y	Y	N	N
Nutrition Therapy	Y	Y	Y	Y
Occupational Therapy	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Ophthalmologist	Y	Y	Y	Y
Optometrist	Y	Y	Y	Y
Organ Transplants	Y	Y	Y	Y
Orthotics	Y	Y	N	Y
Outpatient Hospital	Y	Y	Y	Y
Over-the-Counter Drugs	Y (Script)	Y (Script)	N	Y (Script)
Physical Therapy	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Physician Services	Y	Y	Y	Y
Podiatry	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Prescription Drugs	Y	Y	Y	Y
Prosthetics	Y	Y	N	Y
Psychiatrist	Y	Y	Y	Y
Psychiatric Hospital (PA for out of state or if readmission within 30 days)	Y	Y	N	Y
Psychologist	Y	Y	Y	Y
Respiratory Therapy	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Skilled Nursing Facility-Rehab	Y	Y	N	Y (30 Days)
Speech Therapy	Y	Y (Referral)	Y	Y (Referral)
Substance Abuse-OADAP	Y	Y	Y	Y
Transportation	Y	Y	N	N