Capítulo 4: Artículos y servicios cubiertos

[Plans should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. Para entender sus artículos y servicios cubiertos 2](#_Toc488857086)

[B. <Plan name> no permite que los proveedores le cobren por artículos o servicios cubiertos 2](#_Toc488857087)

[C. Sobre la Tabla de artículos y servicios cubiertos 2](#_Toc488857088)

[D. Tabla de artículos y servicios cubiertos 4](#_Toc488857089)

[E. Cómo usar los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 61](#_Toc488857090)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 61](#_Toc488857091)

[G. Beneficios que](#_Toc488857098) *[no](#_Toc488857098)* [están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medicaid 63](#_Toc488857098)

# Para entender sus artículos y servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles artículos y servicios paga <plan name>.También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. [Insert if applicable: En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.]

Debido a que usted es un participante de FIDA, usted no deberá pagar por sus artículos y servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas de <plan name>. Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su Administrador de cuidados o a Servicios al participante, al <Participant Services number>.

# <Plan name> no permite que los proveedores le cobren por artículos o servicios cubiertos

No permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus artículos o servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio.

* **Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor. Si esto pasa, lea el Capítulo 7** [plans may insert reference, as applicable] **o llame a Servicios al participante.**

# Sobre la Tabla de artículos y servicios cubiertos

En la Tabla de artículos y servicios cubiertos se indica cuáles artículos y servicios paga <plan name>. Allí encontrará listas de categorías de artículos y servicios por orden alfabético y la explicación sobre los artículos y servicios cubiertos. [Plans that include an index at the end of the chapter should insert: Para encontrar un servicio en la Tabla, también puede usar el índice que se encuentra al final del capítulo.]

**Pagaremos por los artículos y servicios indicados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos solamente cuando se cumplan las siguientes reglas. Usted no pagará nada por los artículos y servicios indicados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.**

* Sus artículos y servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
* Los artículos y servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa artículos y servicios que usted necesite para prevenir, diagnosticar, corregir o curar condiciones que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro su vida, tengan como resultado una enfermedad o debilidad, interfieran con su capacidad de actividad normal o le amenacen con alguna discapacidad grave.
* Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>. En la mayoría de los casos, <plan name> no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea aprobado por su Equipo interdisciplinario (IDT) o <plan name>. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* Usted tiene un Equipo interdisciplinario (IDT) que hará los arreglos y administrará su cuidado. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre su IDT.
* La mayoría de los artículos y servicios anotados en la Tabla de artículos y servicios serán cubiertos solamente si su IDT, <plan name> o un proveedor autorizado los aprueban. Esto se llama *autorización previa*. La Tabla de artículos y servicios cubiertos le indicará cuándo un artículo o servicio no requiere una autorización previa.

[Insert as applicable: La mayoría **or** Todos] los cuidados preventivos están cubiertos por <plan name>. Usted verá esta manzana Apple icon represents preventive services al lado de los servicios preventivos en la Tabla de artículos y servicios.

[Instructions on completing the Covered Items and Services Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Plans must add the following statement to the benefit description for services that do not require prior authorization: Este servicio no requiere una autorización previa.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Medicaid requirements where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s). Preventive services must be identified with the apple icon.
* HMOPOS plan types must provide information about which services must be   
  obtained from network providers, which services can be obtained out-of-network under the POS benefit, and any differences in cost sharing for covered services obtained out-of-network under the POS benefit.
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Covered Items and Services Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe within the chart any restrictive policies, limitations, or monetary limits for supplemental benefits where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental benefit(s).
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.]

# Tabla de artículos y servicios cubiertos

| Servicios por los que paga <plan name> | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Abuso en el consumo de sustancias: Servicio de tratamiento por consumo de opioides  <Plan name> pagará por los servicios de tratamiento por consumo de opioides para ayudar a los participantes a controlar su adicción a los opiáceos, como la heroína. Los programas de tratamiento por consumo de opioides administran medicamentos, generalmente metadona, bajo receta, junto con una variedad de servicios clínicos.  Estos programas ayudan a los participantes a controlar los problemas físicos asociados con la dependencia a los opiáceos y proporcionan la oportunidad de que con el tiempo, el participante haga cambios importantes a su estilo de vida. Este servicio no incluye el mantenimiento de metadona, que está disponible a través de Medicaid, pero no a través de <plan name>. | $0 |
|  | Administración de cuidados (coordinación de servicios)  La administración de cuidados es una intervención designada individualmente que ayuda al participante a tener acceso a los servicios necesarios. Estas intervenciones de administración de cuidados están diseñadas para garantizar la salud y el bienestar del participante, y para mejorar la independencia y calidad de vida del participante. | $0 |
|  | Alimentos llevados al hogar y congregados  <Plan name> pagará por alimentos congregados y llevados a su hogar. Éste es un servicio designado individualmente que proporciona alimentos a los participantes que no pueden prepararlos u obtener alimentos adecuados nutritivamente por sí mismos o cuando proveer tales alimentos reduzca la necesidad de una preparación de alimentos con respaldo en casa más costosa. Este beneficio incluye 3 alimentos al día durante las 52 semanas del año. | $0 |
|  | Asistencia para mudanzas  <Plan name> pagará por servicios de asistencia para mudanzas. Estos servicios son designados individualmente, para transportar las pertenencias y mobiliario del participante, cuando éste deba mudarse de una vivienda inadecuada o insegura, a un ambiente que cumpla más adecuadamente con sus necesidades de salud y bienestar y reduzca el riesgo de ubicarlo en un hogar para personas de la tercera edad no deseado.  La asistencia para mudanzas no incluye artículos como depósitos de seguridad, incluyendo comisiones de agente, requeridas para obtener un contrato de arrendamiento de un apartamento o casa; cuotas iniciales o depósitos para el acceso a servicios públicos y otros (por ejemplo, teléfono, electricidad, calefacción) y seguros de salud y seguridad, como retiro de pestes, control de alérgenos o limpieza antes de la mudanza. | $0 |
|  | Atención en instituciones de enfermería para personas de la tercera edad  <Plan name> pagará por instituciones para personas de la tercera edad, para los participantes que necesiten cuidados de enfermería y supervisión las 24 horas del día fuera de un hospital. | $0 |
|  | Beneficios de farmacia (como paciente externo)  <Plan name> pagará por ciertos medicamentos genéricos y de marca para tratar la enfermedad o condición del participante. Los Capítulos 5 y 6 [plans may insert references, as applicable] ofrecen información adicional sobre sus beneficios de farmacia. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  <Plan name> pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (ya sea que usen insulina o no):  Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente:  Un monitor de glucosa en sangre  Tiras de prueba para la glucosa en sangre  Dispositivos para lancetas y lancetas  Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores  Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, <plan name> pagará por lo siguiente:  Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, ***o***  Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos)  <Plan name> también pagará por la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.  En algunos casos, <plan name> pagará por educación para ayudarle a controlar la diabetes.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] | $0 |
|  | Capacitación y desarrollo de destrezas de vida independiente  Los servicios de capacitación y desarrollo de destrezas de vida independiente (ILST) son designados individualmente para mejorar o mantener la capacidad del participante para vivir tan independientemente como sea posible en la comunidad. ILST puede proveerse en la residencia del participante o en la comunidad.  Los servicios pueden incluir evaluación, capacitación y supervisión de o asistencia con:  Autocuidados  Administración de medicamentos  Realización de tareas  Destrezas de comunicación  Destrezas interpersonales  Socialización  Destrezas sensoriales y motrices  Movilidad  Destrezas para transportes comunitarios  Reducción o eliminación de comportamientos mal adaptados  Destrezas de resolución de problemas  Administración de dinero  Destrezas prevocacionales  Capacidad para mantener un hogar | $0 |
|  | Cirugías como paciente externo  <Plan name> pagará por cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Cómo dejar de fumar o consumir tabaco (consejería para dejar de fumar o consumir tabaco)  Si usted usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco, usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco:  <Plan name> pagará por dos sesiones de consejería en un período de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada sesión de consejería para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona.  <Plan name> pagará por sesiones de consejería para intentar dejar de consumir tabaco para mujeres embarazadas y mujeres hasta seis meses después del nacimiento. Esta consejería para intentar dejar de usar tabaco es adicional a sus beneficios de productos de receta y de venta libre para intentar dejar de usar tabaco.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Consejería de bienestar  <Plan name> pagará por consejería de bienestar, para ayudar a los participantes estables médicamente a mantener su situación de salud óptima.  Una enfermera profesional registrada (RN) trabaja con el participante para reforzar o enseñarle hábitos saludables, como la necesidad del ejercicio diario, control del peso o evitar fumar. La RN también podrá ofrecer respaldo para el control de enfermedades o padecimientos como la presión alta, la diabetes, obesidad patológica, asma o colesterol alto. La RN puede ayudar al participante a identificar señales y síntomas que puedan requerir intervención para evitar complicaciones adicionales de la enfermedad o padecimiento.  Estos servicios no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Consejería para integración comunitaria  <Plan name> pagará por consejería para integración comunitaria. Éste es un servicio de consejería ofrecido a los participantes que enfrentan capacidades y destrezas alteradas, una revisión de sus objetivos a largo plazo o cambios en su papel en relación con sus parejas.  Este servicio se ofrece principalmente en el consultorio del proveedor o en el hogar del participante. La consejería para integración comunitaria, por lo general, se ofrece en sesiones de consejería individuales en persona. Sin embargo, habrá ocasiones en que sea apropiado proporcionar este servicio al participante en un entorno de sesión familiar o de grupo. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  <Plan name> pagará por una visita al año a su proveedor de cuidados primarios (PCP), para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:  Hablarle sobre el uso de la aspirina,  Revisar su presión arterial (de la sangre), ***o***  Darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Cuidado de día social  <Plan name> pagará por cuidados de día social, para los participantes con discapacitaciones funcionales, por menos de 24 horas por día.  Los servicios incluidos en este beneficio proporcionan a los participantes socialización, supervisión y control, cuidado personal y nutrición en un ambiente protector. | $0 |
|  | Cuidado de la vista: Anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto  <Plan name> pagará por anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de serie o a medida), ayudas y servicios para visión reducida, cuando sean autorizados por un optometrista u oftalmólogo. La cobertura también incluye la reparación o reemplazo de piezas de recambio.  Los anteojos y lentes de contacto se proporcionan una vez cada dos años, a menos que sea médicamente necesario cambiarlos con más frecuencia o a menos que los anteojos o lentes de contacto sean perdidos, dañados o destruidos.  [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] <Plan name> pagará por un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte un lente intraocular. (Si usted tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía). <Plan name> también pagará por lentes correctivos y marcos y su reemplazo, si usted los necesita después que le hayan operado las cataratas, pero sin que le hayan implantado un lente.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Los servicios de Clínicas de artículo 28 pueden accederse sin una autorización previa de <plan name> o su IDT. | $0 |
|  | Cuidado de la vista: Exámenes de los ojos y de la vista y cuidados de los ojos  <Plan name> pagará por el diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales, enfermedades de los ojos y lesiones en los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales para detectar retinopatías para personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Los exámenes de refracción están limitados a cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarios.  Para las personas con alto riesgo de glaucoma, <plan name> pagará un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen:  personas con una historia familiar de glaucoma,  personas con diabetes,  personas afroamericanas de 50 años y mayores ***y***  personas hispanoamericanas de 65 años o mayores.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Los servicios de Clínicas de artículo 28 pueden accederse sin una autorización previa de <plan name> o su IDT. | $0 |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El *cuidado necesario de urgencia* es el cuidado para tratar lo siguiente:  un caso que no es una emergencia, ***o***  una enfermedad inesperada, ***o***  una lesión, ***o***  una enfermedad que necesite cuidado inmediato.  Si usted necesita cuidado de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  El cuidado de urgencia no incluye servicios de cuidados primarios o los servicios prestados para tratar una condición médica de emergencia.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide.]  Estos servicios no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Cuidado paliativo  <Plan name> pagará por cuidado interdisciplinario al final de la vida y consultas con el participante y los miembros de su familia. Estos servicios ayudan a prevenir o aliviar el dolor y sufrimiento y a mejorar la calidad de vida del participante.  Los servicios incluyen:  Educación en cuidado paliativo para la familia  Administración del dolor y síntomas  Servicios de duelo  Terapia de masajes  Terapias expresivas  Estos servicios no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Cuidados agudos en un hospital como paciente interno, incluyendo servicios por abuso en el consumo de sustancias y de rehabilitación  [List any restrictions that apply.]  <Plan name> pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:  Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)  Comidas, incluyendo dietas especiales  Servicios de enfermería regulares  Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario  Medicamentos  Exámenes de laboratorio  Radiografías y otros servicios de radiología  Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios  Aparatos, como sillas de ruedas  Servicios de sala de operaciones y de recuperación  Terapia física, ocupacional y del habla  Servicios como paciente interno por abuso de sustancias  Análisis de sangre, incluyendo su almacenamiento y administración  Servicios médicos  En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales.  *Este beneficio continúa en la página siguiente* | $0  Usted deberá obtener aprobación de <plan name> para seguir recibiendo cuidado como paciente interno en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | Cuidados agudos en un hospital como paciente interno, incluyendo servicios por abuso en el consumo de sustancias y de rehabilitación *(continuación)*  Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante*.* [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o en una ubicación distante fuera del área de servicio. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante fuera del área de servicio y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.] [Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | Cuidados de hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted esté recibiendo cuidado de hospicio:  Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor  Cuidados de respiro a corto plazo  Cuidados en el hogar  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** | $0 |
|  | Cuidados de hospicio *(continuación)*  ***Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B son facturados a Medicare.***  Lea más información en la Sección F de este capítulo.  ***Para los servicios cubiertos por <plan name>, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:***  <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted paga [insert as appropriate: la cantidad de costo compartido del plan **or** nada] por estos servicios.  ***Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de <plan name>:***  Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, por favor lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].  **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debería llamara a su coordinador de cuidados para que le ayude a hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio, es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de la residencia para enfermos terminales.] |  |
|  | Cuidados de salud de día para adultos  <Plan name> pagará por cuidados de salud de día para adultos, para los participantes que están discapacitados funcionalmente, que no estén restringidos a su hogar y que requieran ciertos artículos o servicios preventivos, diagnósticos terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.  Los Cuidados de salud de día para adultos incluyen los siguientes servicios:  Médicos  Enfermería  Alimentos y nutrición  Servicios sociales  Terapia de rehabilitación  Actividades de tiempo libre, que son diversas actividades significativas programadas  Dentales  Farmacéuticos  Otros servicios auxiliares | $0 |
|  | Cuidados de salud de día para adultos con SIDA  <Plan name> pagará por programas de cuidados de salud de día por SIDA (ADHCP) para los participantes con VIH.  ADHCP incluye los siguientes servicios:  Asesoría o educación individual y colectiva proporcionada en un entorno estructurado  Cuidados de enfermería (incluyendo triaje o evaluación de síntomas nuevos)  Respaldo para aceptar la medicación  Servicios de nutrición (incluyendo desayuno o almuerzo o ambos)  Servicios de rehabilitación  Servicios por abuso en el consumo de sustancias  Servicios de salud mental  Servicios de reducción de riesgo de VIH | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes externos  <Plan name> pagará por servicios de salud mental proporcionados por:  un psiquiatra o médico con licencia del Estado,  un psicólogo clínico,  un trabajador social clínico,  una enfermera clínica especializada,  una enfermera de práctica avanzada,  un asistente médico, ***o***  cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del Estado.  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Sesiones de terapia individual  Sesiones de terapia de grupo  Servicios clínicos [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)]  Tratamiento de día [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)]  Servicios de rehabilitación sicosocial [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)]  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Los participantes pueden acceder directamente a una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener una autorización previa. | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes internos  <Plan name> pagará por servicios de salud mental que requieran una estadía en el hospital, incluyendo días en exceso del límite de 190 días de por vida de Medicare. | $0 |
|  | Cuidados en una institución de enfermería especializada (SNF)  <Plan name> cubre un número ilimitado de días de cuidados en una institución de enfermería especializada (SNF) y no se requiere una estadía previa en el hospital.  <Plan name> pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no anotados aquí:  Habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesario  Alimentos, incluyendo dietas especiales  Servicios de enfermería  Terapia física, ocupacional y del habla  Medicamentos que usted necesite como parte de su plan de cuidados, incluyendo sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de ayuda de coagulación de la sangre  Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración  Suministros médicos y quirúrgicos dados por instituciones para personas de la tercera edad  Pruebas de laboratorio dadas por instituciones para personas de la tercera edad  Radiografías y otros servicios radiológicos dados por instituciones para personas de la tercera edad  Aparatos, como sillas de ruedas, normalmente dados por instituciones para personas de la tercera edad  Servicios de un médico/de un proveedor  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** | $0 |
|  | Cuidados en una institución de enfermería especializada *(continuación)*  Normalmente usted recibe sus cuidados de instituciones de la red. Sin embargo, usted podría obtener sus cuidados de una institución fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidados de los lugares siguientes si aceptan las cantidades de los pagos de <plan name>:  Una institución para personas de la tercera edad o una comunidad de cuidado continuo para jubilados donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre y cuando ésta preste cuidados de institución para personas de la tercera edad)  Una institución para personas de la tercera edad donde viva su esposo/esposa en el momento en que usted deje el hospital |  |
|  | Cuidados médicos de emergencia  *Cuidado de emergencia* significa servicios que son:  ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, ***y***  necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.  Una *emergencia médica o de salud del comportamiento* es una enfermedad con síntomas graves, dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que tenga como resultado:  poner en peligro grave su salud (o en el caso de una mujer embarazada, su salud o la de su hijo por nacer), o en el caso de una condición del comportamiento, causar peligro grave a su salud o la de los demás;  daños graves a las funciones corporales, ***o***  una disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, ***o***  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits: (e.g. usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente interno en un hospital fuera de la red, solamente si <plan name> aprueba su estadía)]. |
|  | Cuidados médicos de emergencia *(continuación)*  una desfiguración grave, ***o***  en el caso de una mujer embarazada, cuando:  no hay tiempo suficiente para transportarle a otro hospital sin riesgo, antes del parto.  el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.  [Also identify whether the plan only covers emergency care within the U.S. and its territories as required or also covers emergency care as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.]  Estos servicios no requieren autorización previa. |  |
|  | Desfibrilador (implantable, automático)  <Plan name> pagará por desfibriladores para ciertas personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, dependiendo de si la cirugía tiene lugar en un hospital como paciente interno o externo. | $0 |
|  | Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los *dispositivos prostéticos* reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. <Plan name> pagará por los siguientes dispositivos prostéticos y, posiblemente, otros dispositivos que no han sido incluidos aquí:  Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía  Marcapasos  Aparatos ortopédicos  Zapatos prostéticos  Brazos y piernas artificiales  Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)  Aparatos y dispositivos ortóticos  Medias de soporte  Calzado ortopédico  Además, <plan name> pagará por algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. También pagará por la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos. | $0 |
|  | Equipo médico duradero y suministros relacionados  El equipo médico duradero incluye artículos como:  Sillas de ruedas  Muletas  Sistemas de camas eléctricas  Suministros para diabéticos  Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar  Bombas de infusión intravenosa  Dispositivos de generación de voz  Equipos y suministros de oxígeno  Nebulizadores  Andadores  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** |  |
|  | *Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación)*  Otros artículos pueden estar cubiertos.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Nosotros pagaremos por todo el equipo médico duradero medicamente necesario que Medicare y Medicaid generalmente pagan. Si el proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, usted podría preguntar si podrían hacer un pedido especial para usted.]  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Con este Manual del participante, le enviamos la lista de equipo médico duradero de <plan name>. La lista le informa sobre las marcas y los fabricantes de equipo médico por el que pagaremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <URL>.  Generalmente, <plan name> cubrirá cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medicaid de las marcas y fabricantes incluidos en la lista. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su IDT o <plan name> autoricen a su doctor u otro proveedor pedir dicha marca. Sin embargo, si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero que no está incluida en nuestra lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días.  During this time, you should talk with your Care Manager or IDT to decide what brand is medically right for you after this 90-day period. (If you disagree with your Care Manager or IDT, you can ask to be referred for a second opinion.)  Equipo médico duradero y suministros relacionados  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de su IDT o <plan name> sobre el pago por su equipo, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca son las adecuadas para su condición médica (Para obtener más información sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].)] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Examen de aneurisma aórtico abdominal  Examen de ultrasonido una sola vez para personas en riesgo. El plan cubre este examen solamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una pre-autorización de su médico, asistente de médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica, para este examen. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico  Lea "Exámenes de diagnósticos y servicios terapéuticos y suministros como paciente externo" en este Tabla. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente externo  <Plan name> pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:  Tomografía computarizada (CT Scan), exploraciones por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y radiografías, cuando las ordene un proveedor por algún problema médico.  Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos, y suministros  Suministros quirúrgicos, como vendajes  Tablillas, yesos y otros dispositivos usados para componer fracturas y dislocaciones  Servicios de laboratorio clínico y exámenes médicamente necesarios, ordenados por un proveedor para ayudar al diagnóstico o la eliminación de la sospecha de una enfermedad o condición.  Sangre, incluyendo su almacenamiento y su administración  Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, <plan name> pagará por consejería para ayudarle a bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un entorno de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlada con su plan de prevención integral. Hable con su Administrador de cuidados o su Proveedor de cuidados primarios (PCP) para obtener más información.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes de VIH  <Plan name> pagará por un examen de evaluación de VIH cada 12 meses, para las personas que:  soliciten una prueba de VIH, ***o***  tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH.  Para las mujeres embarazadas, <plan name> pagará hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años de edad y mayores, <plan name> pagará por los siguientes servicios cada 12 meses:  Un examen de tacto rectal  Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para controlar la diabetes  <Plan name> pagará por este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de estos factores de riesgo:  Presión arterial alta (hipertensión)  Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia)  Obesidad  Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)  En algunos casos estas pruebas pueden ser cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes.  Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Enema de bario  Cubierta una vez cada 48 meses si usted tiene 50 años o más y una vez cada 24 meses si usted tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal, cuando esta prueba se use en lugar de una sigmoidoscopía o colonoscopía.  Colonoscopía  Cubierta una vez cada 24 meses si usted tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal. Si usted no tiene un alto riesgo de cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopía flexible anterior.  *Este beneficio continúa en la página siguiente* | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal *(continuación)*  Cribado colorrectal basado en el ADN  Cubierta una vez cada 3 años si usted tiene 50 años o más.  Prueba de sangre oculta en la materia fecal  Cubierta una vez cada 12 meses si usted tiene 50 años o más.  Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal  Cubierta una vez cada 12 meses si usted tiene 50 años o más.  Sigmoidoscopía flexible  Cubierta una vez cada 48 meses para la mayoría de las personas de 50 años o más. Si usted no tiene un alto riesgo, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de una colonoscopia exploratoria anterior.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Una mamografía inicial de referencia entre las edades de 35 y 39 años  Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores  Un examen clínico de los senos cada 24 meses  [List any additional benefits offered. where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses.  Para las mujeres en alto riesgo de cáncer del cuello del útero: una prueba de Papanicolaou y un examen pélvico cada 12 meses.  Para las mujeres que hayan tenido una prueba de Papanicolaou anormal y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou y un examen pélvico cada 12 meses.  [List any additional benefits offered. where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para detectar la depresión  <Plan name> pagará por un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y recomendaciones de tratamientos adicionales.  [List any additional benefits offered. where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  <Plan name> pagará por análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.  [List any additional benefits offered. where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  <Plan name> pagará por exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una infección de transmisión sexual. Un PCP u otro profesional de cuidado primario deberán ordenar las pruebas. Nosotros cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.  <Plan name> también pagará por hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración <Plan name> pagará por estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un PCP. Las sesiones deben ser en un entorno de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Exámenes y consejería por el abuso de alcohol  El plan pagará un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas  Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de consejería breves, en persona, una vez al año (si usted es capaz y está alerta durante las sesiones) con un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidados primarios calificado o un médico en un entorno de atención de cuidados primarios.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro especializado de enfermería (SNF) durante una hospitalización no cubierta  Si su estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, <plan name> no la pagará.  Sin embargo, en algunos casos, <plan name> pagará por los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un lugar con servicios de enfermería especializada (SNF). <Plan name> pagará por los siguientes servicios y, posiblemente otros que no están incluidos aquí:  Servicios de un proveedor  Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio  Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos  Apósitos quirúrgicos  Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos o luxaciones  ***Este beneficio continúa en la página siguiente***  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro especializado de enfermería (SNF) durante una hospitalización no cubierta *(continuación)*  Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que:  Reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), ***o***  Reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal.  Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a la ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del participante  Terapia física, del habla y ocupacional | $0 |
|  | Hospitalización parcial  La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, ofrecido en un ambiente hospitalario a pacientes externos o por un centro de salud mental comunitario. La hospitalización parcial es más intensa que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su proveedor, doctor o de su terapista y es una alternativa a una hospitalización como paciente interno.  <Plan name> pagará por hospitalización parcial para servir como una alternativa a la hospitalización como paciente interno o para reducir una estadía hospitalaria, dentro de un programa con supervisión médica. Los servicios incluyen:  Evaluación y planificación de tratamiento  Exploraciones de salud y referidos  Administración de síntomas  Terapia de medicamentos  Educación de medicamentos  ***Este beneficio continúa en la página siguiente***  Hospitalización parcial *(continuación)*  Terapia verbal  Administración de casos  Determinación de preparación rehabilitativa siquiátrica  Referidos e intervención en crisis  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota:** Debido a que en nuestra red no existen centros de salud mental comunitarios, nosotros cubriremos únicamente la hospitalización parcial en un ambiente hospitalario como paciente externo.] | $0 |
|  | Infusión en el hogar  <Plan name> pagará por la administración de medicamentos y suministros de infusión en el hogar. | $0 |
|  | Intervenciones positivas del comportamiento y respaldo (PBIS)  <Plan name> pagará por PBIS para los participantes que tengan dificultades significativas del comportamiento que pongan en peligro su capacidad para permanecer en la comunidad. El enfoque principal de estos servicios es reducir la intensidad y/o frecuencia de los comportamientos identificados y enseñar comportamientos más seguros y más apropiados socialmente.  Los ejemplos de PBIS incluyen:  Evaluación completa del participante  Desarrollo e implantación de un plan holístico de tratamiento estructurado para el comportamiento  Capacitación de la familia, respaldos naturales y otros proveedores  Reevaluación regular de la eficacia del plan de tratamiento del comportamiento del participante. | $0 |
|  | Línea de llamadas de consejos de enfermería  <Plan name> tiene una línea de consejos de enfermería que es una línea de servicios telefónicos sin costo, al que los participantes pueden llamar las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los participantes pueden llamar a la línea de consejos de enfermería para obtener respuestas a preguntas generales relativas a la salud y para pedir asistencia para acceder a los servicios a través de <plan name>. | $0 |
|  | Medicamentos de receta de Medicare Parte B  Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. <Plan name> pagará por los siguientes medicamentos:  Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión, mientras recibe servicios de un proveedor como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria  Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por su IDT o <plan name>  Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia  Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano  Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un proveedor certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo  Antígenos  Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de Medicare Parte B *(continuación)*  Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)  Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria  **El Capítulo 5** [plans may insert reference, as applicable] **explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo** y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  **El Capítulo 6** [plans may insert reference, as applicable] **ofrece información adicional sobre su cobertura de medicamentos como paciente externo.** |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Medición de la masa ósea (de los huesos)  <Plan name> pagará ciertos procedimientos para los participantes elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. <Plan name> pagará por servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. <Plan name> también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Mentoría de iguales  <Plan name> pagará por mentoría de iguales para los participantes que recientemente hayan hecho la transición a la comunidad de una institución para personas de la tercera edad o durante tiempos de crisis. Éste es un servicio designado individualmente para mejorar la autosuficiencia, la autoconfianza y la capacidad del participante a acceder a los servicios, bienes y oportunidades comunitarios. Esto se logrará a través de educación, instrucción, información compartida y capacitación de auto apoyo. | $0 |
|  | Modificaciones ambientales y dispositivos de adaptación  <Plan name> pagará por adaptaciones físicas internas y externas al hogar, necesarias para garantizar la salud, bienestar y seguridad del participante.  Las modificaciones ambientales pueden incluir:  Instalación de rampas y barras de sostén  Ampliación de marcos de puertas  Modificación de instalaciones en salas de baño  Instalación de sistemas especializados eléctricos y de plomería para acomodarse al equipo médico necesario  Cualquier otra modificación necesaria para garantizar la salud, bienestar y seguridad del participante. | $0 |
|  | Nutrición (incluye consejería de nutrición y servicios educativos)  <Plan name> pagará por servicios de nutrición proporcionados por un nutricionista calificado. Los servicios incluyen:  Evaluación de las necesidades de nutrición y patrones de alimentación  Planificación para proporcionar alimentos y bebidas apropiados para las necesidades físicas y médicas de la persona y sus condiciones ambientales  Estos servicios no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Otros servicios de respaldo que el IDT determine como necesarios  <Plan name> pagará por los servicios de respaldo o artículos adicionales que el IDT del participante determine como necesarios para el participante. Esto es para cubrir artículos o servicios que no están incluidos tradicionalmente en los programas de Medicare o Medicaid, pero que son necesarios y apropiados para el participante. Un ejemplo es el pago de <plan name> por una licuadora para preparar pastas de alimentos (purés) para un participante que no puede masticar. | $0 |
|  | Programa de día estructurado  <Plan name> pagará por los servicios de un programa de día estructurado prestados en un entorno congregado como paciente externo o en la comunidad. Los servicios están destinados a mejorar o mantener las destrezas del participante y su capacidad para vivir tan independientemente como sea posible en la comunidad.  Los servicios pueden incluir:  Evaluación  Capacitación y supervisión de una persona con autocuidado  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** |  |
|  | Programa de día estructurado *(continuación)*  Terminación de tareas  Destrezas de comunicación  Destrezas interpersonales  Destrezas de solución de problemas  Socialización  Destrezas sensoriales o motrices  Movilidad  Destrezas de transporte comunitario  Reducción o eliminación de comportamientos mal adaptados  Destrezas de administración de dinero  Capacidad para mantener un hogar | $0 |
|  | Programa de vida con asistencia  <Plan name> pagará por los servicios de un programa de vida con asistencia, prestados en un entorno de hogar de adultos o de vivienda enriquecida.  Los servicios incluyen:  Cuidados personales  Servicios de ama de llaves  Supervisión  Asistentes de salud en el hogar  Servicios de respuesta a emergencias personales  Enfermería  Terapia física, ocupacional y/o del habla  Suministros o equipo médico  Cuidados de salud de día  Una variedad de servicios de salud en el hogar  Servicios de administración de casos de una enfermera registrada | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Programas de educación de salud y bienestar  <Plan name> pagará por educación para la salud y el bienestar para los participantes y las personas que les cuidan. Estos incluyen:  Clases, grupos de respaldo y talleres  Materiales y recursos educativos  Sitio web, correo electrónico o comunicaciones a través de aplicaciones móviles  Estos servicios se ofrecen sobre temas que incluyen, sin limitación: prevención de ataques al corazón y derrames cerebrales, asma, cómo vivir con enfermedades crónicas, cuidado de la espalda, control de la tensión nerviosa, alimentación saludable y control del peso, higiene oral y osteoporosis.  Este beneficio también incluye recordatorios anuales de cuidados preventivos y recursos para las personas que cuidan.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Programas integrales para emergencias siquiátricas (CPEP)  <Plan name> pagará por programas autorizados por la Oficina de salud mental, que proporcionen directamente o le ayuden a obtener, una variedad completa de servicios integrales para emergencias siquiátricas. Estos servicios son prestados 24 horas del día, siete días a la semana. | $0 |
|  | Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación siquiátrica  <Plan name> pagará por tiempo limitado, rehabilitación siquiátrica activa designada para:  Ayudar al participante a lograr objetivos mutuamente acordados en entornos de vida, aprendizaje, trabajo y sociales.  Intervenir con tecnologías de rehabilitación siquiátrica para ayudar al participante a superar discapacidades funcionales | $0 |
| Apple icon indicates preventive services. | **Pruebas de detección del cáncer de pulmón**  El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * Tiene 55-77 años, y * Tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y * Ha fumado al menos 1 atado al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.   Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.  [*List any additional benefits offered.*] | $0 |
|  | Quimioterapia  <Plan name> pagará por quimioterapia para pacientes de cáncer. La quimioterapia está cubierta cuando se proporciona en la unidad para pacientes internos o externos de un hospital, el consultorio de un proveedor o una clínica independiente. | $0 |
|  | Residencias comunitarias autorizadas de la Oficina de salud mental del estado de New York  <Plan name> pagará por programas residenciales de salud del comportamiento en aquellos lugares que proporcionen servicios de rehabilitación y respaldo. Estos servicios se concentran en intervenciones intensivas enfocadas en resultados, dentro de un programa estructurado, para solucionar las necesidades de los residentes en cuanto a su integración comunitaria. Estos servicios también incluyen intervenciones enfocadas en resultados que se concentran en mejorar o mantener las destrezas de los residentes para permitir que vivan en viviendas comunitarias. | $0 |
|  | Respaldos sociales y ambientales  <Plan name> pagará por servicios y artículos para respaldar las necesidades médicas del participante. Los servicios podrían incluir:  Tareas de mantenimiento del hogar  Servicios de tareas de ama de llaves  Mejoramiento de la vivienda  Cuidados de respiro | $0 |
|  | Servicios de administración de terapia de medicamentos (MTM)  <Plan name> proporciona servicios de administración de terapia de medicamentos (MTM) a los participantes que toman medicamentos por padecimientos médicos diferentes. Los programas MTM ayudan a los participantes y sus proveedores a garantizar que los medicamentos del participante funcionen para mejorar su salud.  **El Capítulo 5** [plans may insert reference, as applicable] **contiene información adicional sobre los programas MTM** | $0 |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicio terrestre y aéreo (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner a riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por su IDT o <plan name>.  En aquellos casos que *no* sean emergencias, su IDT o <plan name> podrían autorizar el uso de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, llevarle a algún lugar de cuidados por otros medios podría poner a riesgo su vida o su salud. | $0 |
|  | Servicios de asistencia personal dirigidos por el paciente (CDPAS)  <Plan name> pagará por CDPAS, que ofrece servicios a personas con enfermedades crónicas o discapacitadas físicamente, que tienen necesidad médica de ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) o servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden incluir cualquiera de los servicios proporcionados por un asistente de cuidado personal (asistente en el hogar), asistente de salud en el hogar o enfermera.  Los participantes que elijan CDPAS tienen la flexibilidad y libertad de elegir a las personas que les cuiden. El participante o la persona que actúe en nombre del participante (como el padre de un niño discapacitado o enfermo crónico), es responsable de reclutar, contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, despedir a las personas que provean los servicios de CDPAS. | $0 |
|  | Servicios de audición  <Plan name> paga pruebas de audición y de equilibro realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor capacitado.  Los servicios y productos para la audición están cubiertos cuando son médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición.  Estos servicios incluyen:   * Selección, suministro y colocación de audífonos. * Verificación de audífonos luego de colocación. * Evaluación de la conformidad y reparación de audífonos. * Servicios de audiología, como exámenes y pruebas. * Evaluaciones y recetas de audífonos. * Dispositivos para la audición, como audífonos, moldes auditivos, accesorios especiales y piezas de repuesto cuando sean autorizados por un audiólogo   [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] |  |
|  | Servicios de cuidado de salud en el hogar  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un proveedor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  <Plan name> pagará por los siguientes servicios y, posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:  Servicios de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y asistentes de salud en el hogar  Terapia física, ocupacional y del habla  Servicios sociales y médicos  Equipo y suministros médicos | $0 |
|  | Servicios de cuidado respiratorio  <Plan name> pagará por terapia respiratoria, el cual es un servicio designado individualmente y proporcionado en el hogar. La terapia respiratoria incluye técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación relativos al sistema respiratorio. | $0 |
|  | Servicios de cuidados de respiro  <Plan name> pagará por servicios de cuidado de respiro, para proporcionarle alivio programado a los respaldos no pagados, que prestan cuidado primario y respaldo a un participante. El servicio se puede prestar en bloques de  24 horas de tiempo, como sea necesario.  La ubicación principal de este servicio es en el hogar del participante, pero los servicios de respiro también pueden prestarse en otra vivienda o institución comunitaria aceptable para el participante. | $0 |
|  | Servicios de cuidados personales (PCS)  <Plan name> pagará por PCS para ayudar a los participantes con actividades como la higiene personal, vestido, alimentación y tareas de funciones de respaldo de nutrición y medioambientales (preparación de alimentos y servicios de ama de llaves). Los PCS deben ser médicamente necesarios, ordenados por el médico del participante y proporcionados por una persona calificada, de acuerdo con un plan de cuidados. | $0 |
|  | Servicios de enfermería privados  <Plan name> pagará por servicios de enfermería privados cubiertos, para servicios de enfermería especializada continuos o intermitentes. Estos servicios son prestados en el hogar del participante y están más allá de lo que puede proporcionar una agencia certificada de cuidados en el hogar. | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo  <Plan name> pagará por los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes externos de un hospital.  <Plan name> pagará por los siguientes servicios y, posiblemente otros servicios que no están incluidos aquí:  Servicios en una sala de emergencias o en una clínica de pacientes externos como servicios de observación o cirugía como paciente externo  Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital  Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor certifica que el tratamiento como paciente interno sería necesario sin ese cuidado  Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital  Suministros médicos, como entablillados y yesos  Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de artículos y servicios  Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo  **Nota:** Usted será un paciente externo, a menos que el proveedor haya dado una orden para internarle en el hospital. Incluso si usted se queda en el hospital de un día para el otro, usted seguirá siendo considerado como "paciente externo". Si no está seguro de ser un paciente externo, usted deberá preguntar al personal del hospital. | $0 |
|  | Servicios de intervención por crisis  Si usted tiene una crisis de salud mental, <plan name> pagará por intervenciones clínicas a través de su clínica de intervención de crisis. No es necesario que los servicios de crisis sean parte de su plan de tratamiento para que el plan los pague.  Estos servicios pueden prestarse por teléfono o en persona, con algunas excepciones. Como mínimo, cada clínica debe tener un miembro del personal clínico que pueda ayudarle por teléfono las 24 horas del día, siete días a la semana. A criterio de la clínica, la que puede prestar servicios de crisis en persona 24 horas del día, siete días a la semana. | $0 |
|  | Servicios de mantenimiento del hogar  <Plan name> pagará por servicios de mantenimiento en el hogar. El servicio de mantenimiento en el hogar incluye tareas y servicios requeridos para mantener el hogar de una persona de manera sanitaria, segura y viable. Los servicios de tareas se proveen en dos niveles:  Tareas livianas: Limpieza y/o lavado de ventanas, paredes y techos, retirado de nieve o trabajos de jardinería, fijación de alfombras sueltas y/o fijación de azulejos y limpieza de azulejo de la sala de baño y/o cocina. Las tareas livianas se proporcionan según se necesiten.  Tareas pesadas: Limitadas a una sola ocasión, esfuerzos de tareas de limpieza intensiva, excepto en situaciones extraordinarias. Los servicios de tareas pesadas pueden incluir (sin limitación) tareas como el raspado y/o limpieza de áreas del piso. | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en el consultorio del Proveedor de cuidados primario (PCP)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como:  Un consultorio médico  Un centro quirúrgico ambulatorio certificado  Una clínica de pacientes externos de un hospital  Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista  Exámenes básicos de audición y de equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento  [Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements: Algunos servicios de Telehealth, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para participantes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare]  Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de un procedimiento médico  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Los participantes pueden ver a los PCP sin obtener una autorización previa. | $0 |
|  | [Plans should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Examen y tratamiento médico de planificación familiar  Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar  Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad)  Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina, contracepción de emergencia, pruebas de embarazo)  Consejería y diagnóstico sobre la infertilidad y servicios relacionados  Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, como parte de una consulta de planificación familiar  Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI)  Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días).  Abortos  Estos servicios no requieren una autorización previa.  [*For FIDA Plans that do not cover certain family planning services due to religious exemption, include:* <Plan name> no cubre ciertos servicios de planificación familiar y salud reproductiva, como abortos, esterilización y anticonceptivos recetados. El estado de Nueva York requiere que le informemos que puede usar su tarjeta Medicaid para obtener estos servicios de cualquier médico o clínica que acepte Medicaid.] | $0 |
|  | Servicios de podiatría  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Cuidados por condiciones médicas que afectan los miembros inferiores, incluyendo diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos)  Cuidado de rutina de los pies para los participantes con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  <Plan name> pagará por los servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los participantes deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con la orden de un médico. <Plan name> pagará también por programas de rehabilitación cardíaca *intensiva*, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación como paciente externo  <Plan name> pagará por terapia física (PT), ocupacional (OT) y del habla (ST).  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones.  Los servicios de PT, OT y ST están limitados a veinte (20) visitas por año calendario por terapia, excepto para personas con discapacidades intelectuales, personas con lesión cerebral traumática y personas menores de 21 años. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  <Plan name> pagará por programas de rehabilitación pulmonar para participantes que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El participante deberá tener una orden aprobada por el IDT o <plan name> para rehabilitación pulmonar del proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] | $0 |
|  | Servicios de respaldo en el hogar y la comunidad (HCSS)  <Plan name> pagará por HCSS para los participantes que:  requieran asistencia con tareas de servicios de cuidados personales, ***y***  cuya salud y bienestar en la comunidad estén a riesgo, porque el participante requiere supervisión cuando no se realiza ninguna tarea de cuidados. | $0 |
|  | Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS)  <Plan name> pagará por PERS, un dispositivo electrónico que permite a ciertos participantes con alto riesgo a pedir ayuda durante una emergencia. | $0 |
|  | Servicios de suministro de sangre como paciente externo  Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración, comenzando desde la primera pinta de sangre (0.47 L) que usted necesite. | $0 |
|  | Servicios de Telehealth (Salud a distancia)  <Plan name> pagará por los servicios de Telehealth (Salud a distancia) para los participantes con condiciones que requieran control continuo y/o necesiten frecuentes servicios médicos, de enfermería especializada o de cuidados agudos, para reducir la necesidad de consultas en el consultorio.  Los participantes elegibles para este servicio incluyen aquellos con las siguientes condiciones: insuficiencia congestiva cardíaca, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuidados de heridas, polifarmacia, problemas mentales o del comportamiento que limiten el autocontrol y cuidados que dependan de dispositivos tecnológicos, como oxígeno continuo, cuidados con ventilador respiratorio, nutrición parenteral total o alimentación entérica.  Estos servicios no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Servicios de transición a la comunidad  <Plan name> pagará por Servicios de transición a la comunidad (CTS). Estos servicios ayudan al participante en la transición de la vida en un hogar para personas de la tercera edad a la vida en la comunidad.  Los CTS incluyen:  El costo del transporte de muebles y otras pertenencias  La compra de artículos esenciales, como ropa de cama y vajilla  Depósitos de seguridad, incluyendo comisiones de agentes de bienes raíces, requeridos para obtener un contrato de arrendamiento de un apartamento o una casa  Compra de mobiliario necesario  Cuotas iniciales o depósitos para acceso a servicios públicos (por ejemplo, teléfono, electricidad o calefacción)  ***Este beneficio continúa en la página siguiente*** |  |
|  | Servicios de transición a la comunidad *(continuación)*  Seguros de salud y seguridad, como retiro de pestes, control de alérgenos o una limpieza única antes de la mudanza  Los CTS no pueden usarse para comprar artículos de diversión o recreativos, como televisores, reproductores de video o sistemas de música. | $0 |
|  | Servicios de transporte (de emergencia y regulares)  <Plan name> pagará por transporte de emergencia y regular. El transporte se proporciona para citas y servicios médicos. El transporte también está disponible para eventos y servicios no médicos, como servicios religiosos, actividades comunitarias o supermercados, mediante medios de transporte, que incluyen sin limitación:  Taxi  Autobús  Metro  Minibús  Transporte médico  Ambulancia  Transporte de ala fija o avión  Transporte para discapacitados  Servicios de autos de alquiler  Otros medios | $0 |
|  | Servicios dentales  <Plan name> pagará por los siguientes servicios dentales:  Exámenes orales, una vez cada seis meses  Limpieza cada seis meses  Radiografías dentales cada seis meses  Servicios de diagnósticos  Servicios de restauración  Endodoncia, periodoncia y extracciones  Prótesis dentales y aparatos ortóticos requeridos para aliviar una condición grave, incluyendo una que afecte la capacidad del participante de ser empleado.  Otra cirugía oral  Emergencias dentales  Otros cuidados dentales necesarios.  Los exámenes y limpiezas dentales requieren una autorización previa del plan o de su IDT. Las radiografías y otros servicios dentales debe autorizarlos su dentista. Sin embargo, los servicios dentales prestados a través de las Clínicas de Artículo 28 operadas por Centros académicos dentales no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio  <Plan name> pagará por procedimientos quirúrgicos cubiertos, prestados en centros quirúrgicos ambulatorios. | $0 |
|  | Servicios orientados a la recuperación personal (PROS)  <Plan name> pagará por PROS para asistir a las personas en la recuperación de los efectos discapacitantes de una enfermedad mental. Esto incluye la prestación coordinada de un conjunto personalizado de servicios de rehabilitación, tratamiento y respaldo, en situaciones tradicionales y fuera de los sitios normales. | $0 |
|  | Servicios para la audición  <Plan name> paga por pruebas de audición y de equilibro, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  Los servicios y productos para la audición están cubiertos cuando son médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o dificultad en la audición.  Los servicios incluyen:  Selección adaptación y provisión de audífonos  Revisiones de audífono después de la provisión  Evaluación de conformidad y reparación de audífonos  Servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas.  Evaluaciones de audífonos y su prescripción  Productos de asistencia de audición, incluyendo audífonos, moldes auriculares, ajustes especiales y reemplazo de piezas, cuando lo autorice un audiólogo.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] | $0 |
|  | Servicios por abuso en el consumo de sustancias: Programa por abuso en el consumo de sustancias  <Plan name> pagará por servicios del programa por abuso en el consumo de sustancias, para proporcionar intervenciones designadas individualmente para reducir o eliminar el consumo de alcohol u otras sustancias del participante, el que, si no es atendido eficazmente, interferirán con su capacidad para mantenerse en la comunidad. | $0 |
|  | Servicios por abuso en el consumo de sustancias: Servicios por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo  <Plan name> pagará por servicios por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo, incluyendo visitas individuales y de grupo.  Los participantes pueden acceder directamente a una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener una autorización previa. | $0 |
|  | Servicios por abuso en el consumo de sustancias: Síndrome de abstinencia supervisado médicamente  <Plan name> pagará por la supervisión médica de los participantes que:  Padezcan de síndrome de abstinencia leve a moderado  Estén a riesgo de padecer síndrome de abstinencia de leve a moderado  Experimenten complicaciones físicas o siquiátricas no agudas asociadas con su dependencia química  Los servicios deben prestarse bajo la supervisión y dirección de un médico titulado. | $0 |
|  | Servicios prestados por iguales  <Plan name> pagará por servicios de respaldo de iguales proporcionados por un proveedor de respaldo de iguales. Ésta es una persona que asiste a las personas con su recuperación de enfermedades mentales y padecimientos por abuso en el consumo de sustancias. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Servicios preventivos  <Plan name> pagará por todas las pruebas y exámenes preventivos cubiertos por Medicare y Medicaid, para prevenir, encontrar o administrar un problema médico. Esto incluye sin limitación, todos los servicios preventivos anotados en esta tabla. Usted verá esta manzana Apple icon represents preventive services junto a los servicios preventivos de esta tabla. | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).] | $0 |
|  | Servicios residenciales para adicciones  <Plan name> pagará por servicios de tratamiento por adicciones, prestados por un programa residencial aprobado | $0 |
|  | Servicios sociales médicos  <Plan name> pagará por servicios sociales médicos, incluyendo la evaluación de factores sociales y ambientales, relativos a la enfermedad y necesidades de cuidado del participante.  Los servicios incluyen:  Visitas a la persona, a la familia o a ambos  Visitas para preparar la transferencia del participante a la comunidad  Consejería para el paciente y la familia, incluyendo consejería personal, financiera y otras formas de servicios de consejería | $0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales, incluyendo servicios por Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los participantes a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su IDT o <plan name> deberán autorizarlos. <Plan name> pagará por hasta seis sesiones por vida de servicios educativos sobre la insuficiencia renal.  Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporeramente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable]  Tratamientos de diálisis como paciente interno, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial.  Capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo capacitación para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis.  Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar.  Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tal como las visitas necesarias por trabajadores capacitados en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua.  **Sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, lea “Medicamentos de receta de Medicare Parte B” en esta tabla.**  Las enfermedades del riñón no requieren una autorización previa. | $0 |
|  | Tecnología de asistencia  <Plan name> pagará por la adaptación física de la residencia privada del participante o de su familia. Las adaptaciones deben ser necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante, o permitir al participante funcionar con mayor independencia en el hogar.  Las adaptaciones cubiertas incluyen:  Instalación de rampas y barras de sostén  Ampliación de marcos de puertas  Modificación de salas de baño  Instalación de sistemas eléctricos y de plomería especializados | $0 |
|  | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para participantes con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido [insert as appropriate: autorizado **or** ordenado] por su proveedor.  <Plan name> pagará por tres horas de servicios de consejería, en persona, durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye <plan name>, un plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros pagaremos por dos horas de servicios de consejería, en persona, por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene el pedido de un proveedor y la aprobación de su IDT o <plan name>. Un proveedor deberá prescribir estos servicios y renovar el pedido al IDT o <plan name> una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Transporte al cuidado de día social  <Plan name> pagará por el transporte entre el hogar del participante y la institución de cuidado de día social. | $0 |
|  | Tratamiento afirmativo comunitario (ACT)  <Plan name> pagará por servicios de ACT. ACT es un enfoque de equipo móvil, que presta servicios completos y flexibles de tratamiento, rehabilitación, administración de caso y de respaldo a las personas en sus entornos naturales de vida. | $0 |
|  | Tratamiento de continuación de día  <Plan name> pagará por tratamiento de continuación de día. Este servicio ayuda a los participantes a mantener o mejorar los niveles actuales de funcionamiento y destrezas, mantenerse en la vida comunitaria y desarrollar su autoconsciencia y autoestima.  Los servicios incluyen:  Evaluación y planificación del tratamiento  Planificación de alta  Terapia de medicamentos  Educación sobre los medicamentos  Administración de casos  Evaluaciones de salud y referencias  Desarrollo de preparación de rehabilitación  Determinación de preparación de rehabilitación siquiátrica y referencia  Control de síntomas | $0 |
|  | Tratamiento móvil de salud mental  <Plan name> pagará por el tratamiento móvil de salud mental, que incluye terapia individual proporcionada en el hogar. Este servicio está a disposición de los participantes que tengan alguna condición médica o discapacidad que límite su capacidad para ir al consultorio para las sesiones regulares de terapia como paciente externo. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Vacunas (inmunizaciones)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  Vacuna contra la neumonía  Vacunas contra la influenza (gripa) una vez al año en el otoño o el invierno  Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B  Otras vacunas, si usted está a riesgo y las vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B  <Plan name> pagará por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.  [List any additional benefits offered where the plan has received approval from NYSDOH to provide the supplemental service(s).]  Estos servicios no requieren una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Visita anual para el cuidado de su salud o examen físico de rutina  Si usted ha estado inscrito en Medicare Parte B por más de 12 meses, usted podrá recibir un examen anual de rutina. Este examen tiene como fin desarrollar o actualizar un plan preventivo basado en su salud y sus factores de riesgo actuales. <Plan name> pagará por esta visita una vez cada 12 meses.  **Nota:** Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le cubrirán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  <Plan name> pagará por una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:  un examen de su salud,  educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), ***y***  pre-autorizaciones para otro tipo de cuidado, si lo necesita.  **Importante:** Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |
|  | Visitas al hogar por personal médico  <Plan name> cubrirá visitas al hogar por personal médico para proporcionar diagnosis, tratamiento y control de bienestar. El fin de estas visitas al hogar es de conservar la capacidad funcional del participante para quedarse en la comunidad. El control de bienestar incluye prevención de enfermedades, educación de salud e identificación de riesgos de salud que puedan reducirse. | $0 |

# Cómo usar los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If your plan offers a visitor/traveler program to participants who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR §422.74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months), also explain that here based on the language suggested below:

Si está fuera del área de servicio de <plan name> por más de 6 meses, normalmente el estado y CMS lo retirarán de nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero [specify areas where the visitor/traveler program is being offered] que le permitirá permanecer inscrito en <plan name> cuando esté fuera de nuestra área de servicio hasta por 12 meses. Este programa está disponible para todos los participantes de <plan name> que estén en un área como visitante/viajero. Con nuestro programa de visitante/viajero, usted podrá recibir todos los servicios cubiertos por <plan name>, a precios de costo compartido, dentro de la red. Usted puede comunicarse con <plan name> para que le ayuden a encontrar un proveedor, cuando use el beneficio de visitante/viajero.

Si está en un área como visitante/viajero, usted podrá seguir inscrito en <plan name> hasta el <end date>. Si no ha vuelto al área de servicio de <plan name> antes del <end date>, se le retirará de <plan name>.]

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

Los siguientes cuatro servicios no están cubiertos por <plan name>, pero se encuentran disponibles a través de Medicare o Medicaid. Su Equipo interdisciplinario (IDT) le ayudará a acceder a estos servicios.

## Tratamiento de día

El tratamiento de día es una combinación de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación que ofrecen los servicios de un programa de tratamiento clínico, así como capacitación social, capacitación para tareas y destrezas y actividades de socialización.

## Servicios en un centro de maternidad autónomo

Los servicios de un centro de maternidad autónomo están cubiertos por Medicaid.

## Servicios de planificación familiar fuera de la red

Los servicios de planificación familiar fuera de la red los paga Medicaid directamente. Los servicios incluyen diagnóstico y todos los tratamientos médicamente necesarios, esterilización, exploraciones y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y exploración de enfermedades y embarazo. También se incluyen consejería y pruebas de VIH, como parte de una consulta de planificación familiar. Además, el cuidado de salud reproductiva incluye la cobertura de todos los abortos médicamente necesarios. Los servicios de fertilidad no están cubiertos.

## Programa de tratamiento con mantenimiento de metadona (MMTP)

MMTP consiste en medicamento de desintoxicación, consejería por dependencia a drogas y servicios de rehabilitación, que incluyen el control químico del paciente con metadona. Esto no incluye tratamiento de abuso en el consumo de opiáceos, cubierto por <plan name> (lea arriba la Tabla de artículos y servicios cubiertos). Las instituciones que proporcionan tratamientos de mantenimiento con metadona lo hacen como su tarea principal y están certificadas por la Oficina de servicios para alcoholismo y abuso en el consumo de sustancias OASAS), bajo el Título 14 de NYCRR, Parte 828.

## Tratamiento observado directamente para tuberculosis (TB)

El tratamiento observado directamente para tuberculosis (TB/DOT), es la observación directa de la ingestión oral de medicamentos para la tuberculosis, para garantizar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos recetado por el médico. Si bien el control clínico de TB está cubierto bajo <plan name>, TB/DOT está cubierto por Medicaid cuando lo preste un proveedor de TB/DOT aprobado.

## Servicios de hospicio

Los servicios de hospicio prestados a los participantes por proveedores aprobados por Medicare, los paga Medicare directamente. Hospicio es un programa coordinado de cuidados en el hogar y como paciente interno que proporcionan servicios médicos no curativos y de respaldo, a personas certificadas por un médico como enfermos terminales, con una esperanza de vida de seis (6) meses o menos. El participante tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Los programas de hospicio proporcionan a los participantes y a las familias cuidado paliativo y de respaldo, para satisfacer necesidades especiales que surgen de las tensiones físicas, sicológicas, espirituales, sociales y económicas, experimentadas en las etapas finales de una enfermedad y durante la muerte y el duelo.

Los hospicios son organizaciones que deben ser certificadas bajo el artículo 40 de la ley de Salud pública del estado de New York y aprobados por Medicare. Todos los servicios deben prestarlos empleados capacitados y voluntarios del hospicio o empleados capacitados a través de arreglos contractuales, en la medida de lo permitido por los requisitos del estado y federales. Todos los servicios deben prestarse de acuerdo con un plan de cuidados por escrito, el cual debe estar incorporado en el Plan de servicios personalizado (PCSP) y reflejar las necesidades cambiantes del participante o su familia.

Si un participante en el plan FIDA recibe servicios de hospicio, éste seguirá inscrito y seguirá teniendo acceso al paquete de beneficios del plan FIDA. Lea en la tabla de Artículos y servicios cubiertos de la Sección D de este capítulo, la información sobre lo que <plan name> paga mientras usted recibe servicios de cuidado de hospicio. Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Partes A y B relacionados con pronóstico médico terminal del participante son pagados por Original Medicare.

***Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B en relación con el pronóstico médico terminal del participante:***

* El proveedor de hospicio facturará a Medicare por los servicios al participante. Medicare pagará por los servicios de hospicio y cualquier servicio de Medicare Parte A o B. Los participantes no pagarán nada por estos servicios.

***Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B, que no estén relacionados con el pronóstico médico terminal del participante*** *(excepto por cuidado de emergencia y cuidado necesarios urgentemente):*

* El proveedor facturará a Medicare por los servicios al participante. Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Los participantes no pagarán nada por estos servicios.

***Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de <plan name>:***

* Los medicamentos nunca son cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, por favor lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidados para hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. [Plans should replace the term “coordinador de cuidados” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

# Beneficios que *no* están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medicaid

Esta sección dice qué tipo de beneficios están excluidos de <plan name>. *Excluidos* significa que <plan name> no pagará por esos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por <plan name> bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos de <plan name>, sólo en algunos casos.

<Plan name> no pagará por los beneficios médicos excluidos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del participante*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos. Si usted cree que debemos pagar por un servicio que no esté cubierto, usted puede apelar. Si desea más información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de artículos y servicios cubiertos, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por <plan name>:**

[The services listed in the remaining bullets are excluded from Medicare’s and Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits or are required to be covered by Medicaid or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Covered Items and Services Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

* Los servicios considerados como no necesarios médicamente según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por <plan name>. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, lea el Capítulo 3, en las páginas <page numbers>. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Elementos personales en su habitación en un hospital o en un lugar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
* Los honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, <plan name> pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
* Cuidado quiropráctico, distinto a la manipulación manual de la columna, conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* Dispositivos de soporte para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
* Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas para visión reducida.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
* Acupuntura.
* Servicios naturopáticos (el uso   
  de tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos (VA) y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo <plan name>, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los participantes seguirán siendo responsables de las cantidades de costos compartidos.