Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite de esos servicios [insert if the plan has cost sharing: y cuánto paga usted por cada servicio]. También le informa los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Tabla de contenidos

[A. Sus servicios cubiertos [*insert if the plan has cost sharing:* y los gastos directos de su bolsillo] 2](#_Toc77081459)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc77081460)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 2](#_Toc77081461)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 3](#_Toc77081462)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc77081463)

[E. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 50](#_Toc77081464)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 50](#_Toc77081465)

[F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT) 50](#_Toc77081466)

[F2. Programa dental de Medi-Cal 51](#_Toc77081467)

[F3. Cuidados en hospicio 52](#_Toc77081468)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medi-Cal 52](#_Toc77081469)

# Sus servicios cubiertos [insert if the plan has cost sharing: y los gastos directos de su bolsillo]

En este capítulo se informa qué servicios paga <plan name>. [Insert if the plan has cost-sharing: También se informa cuánto paga usted por cada servicio.] Además, se indica qué 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.]

[Plans with cost sharing, insert: Para poder recibir algunos servicios usted deberá pagar ciertos costos, llamados “copago”. Este es un monto fijo (por ejemplo, $5) que pagará cada vez que reciba ese servicio. Usted pagará ese copago en el momento en que reciba el servicio médico.]

[Plans with **no** cost-sharing for any services described in this chapter, insert: Debido a que usted recibe asistencia de Medi-Cal, no deberá pagar por los servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte 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 [plans may insert: coordinador de cuidado de salud and/or Servicios al miembro al <member services number>]. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

## A1. Durante emergencias de salud pública

[*Plans providing required coverage and permissible flexibilities to members subject to a public health emergency declaration (e.g., the COVID-19 pandemic) concisely describe the coverage and flexibilities here or include general information about the coverage and flexibilities along with any cross references, as applicable. Plans include whether such coverage and flexibilities are contingent upon the duration of the public health emergency, which may or may not last for the entire year. Plans also include any specific contact information, as applicable, where members can get more details.*]

# Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No les permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y evitamos que usted tenga que pagar facturas. Esto ocurre incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

**Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por los servicios cubiertos.** Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

# Tabla de beneficios de nuestro plan

[Plans may add references to long-term care or home and community-based services.]

En la Tabla de beneficios se indica qué servicios paga el plan. Allí encontrará listas de categorías de servicios por orden alfabético y una explicación sobre qué servicios están 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 servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** [Plans that do not have cost-sharing, insert: Usted no pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.]

* Los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios de salud del comportamiento y consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. Además, incluye aquellos suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad importante o una discapacidad significativa o aliviar un dolor intenso.
* [Insert if applicable: Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no cubriremos el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.]
* [Insert if applicable: Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo para el cuidado de salud que le proporciona el cuidado y está a cargo de este. [Plans that do not require referrals, omit the rest of this paragraph:] En la mayoría de los casos, su PCP deberá dar previamente su aprobación para que usted pueda acudir a otro PCP o a otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como un referido. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo obtener un referido y explica cuándo no es necesario que lo obtenga.]
* [Insert if applicable: Usted debe recibir el cuidado de salud de proveedores de la red asociados con el grupo médico de su PCP. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.]
* [Insert if applicable: Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa primero están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota de pie de página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva].] [Insert if applicable: Además, usted debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no se incluyen en la Tabla de beneficios: [insert list].]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)”* in section B-19 of the Plan Benefit Package submission: **Información importante sobre beneficios para miembros con determinadas afecciones crónicas.** Si usted tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con cierto criterio médico, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales [insert if applicable: o un costo compartido reducido]:
  + [List all applicable chronic conditions here.]
  + [If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.]

Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios para más información.]

* [Insert as applicable: La mayoría de **or** Todos] los cuidados preventivos son gratuitos. Usted encontrará esta manzana Icono de la manzana

  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.
* Los servicios opcionales para el plan de cuidado (CPO) pueden estar disponibles conforme al plan de atención individualizado. Estos servicios le brindan más ayuda en el hogar, como comidas, ayuda para usted o su cuidador, o barras para agarrarse en la ducha y rampas. Estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente, pero **no** reemplazan los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que está autorizado a recibir mediante Medi-Cal. [Insert as applicable: Algunos ejemplos de servicios CPO que <plan name> prestó en el pasado incluyen: [insert two examples].] Si necesita ayuda o quiere saber lo que pueden hacer por usted los servicios CPO, comuníquese con su coordinador de cuidado de salud.

[Instructions on completing the Benefits 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.
* Include the following where appropriate: Usted deberá hablar con su proveedor y obtener un referido.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Medi-Cal requirements. Preventive services must be identified with the apple icon.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans must select only one method of indication, describe it in terms easily understandable by members, make the indication and description prominently visible, and use it consistently throughout the document.)
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Benefits Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart.
* 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.
* Plans should include all non-waiver LTSS in the chart in alphabetical order.
* Plans with no cost sharing for any type of service (i.e., no cost sharing at all) may delete the “what you must pay” column from the table. Plans with any type of cost sharing for services, including for pharmacy services, must leave the “what you must pay” column in the table.
* Plans offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:
* Deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.
* Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.]

# Tabla de beneficios

[When a benefit continues from one page to the next, plans enter a blank return before right aligning and inserting at the bottom of the first part of the description: **Este beneficio continúa en la página siguiente.** At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by**(continuación).** Plans may refer to**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** and other examples later in this chart as examples. Plans should also be aware that the flow of benefits from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed.]

| Servicios que paga nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Acupuntura  Pagaremos hasta dos servicios de acupuntura como paciente ambulatorio por mes, o más si es médicamente necesario.  También pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:   * hace 12 semanas o más que tiene el dolor; * no es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); * no está asociado a ninguna operación, **y** * no está asociado al embarazo.   Además, nosotros pagaremos 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico al año.  Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Agencia de cuidados de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un médico deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:   * Servicios de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios sociales y médicos * Equipos y suministros médicos | [List copays.] |
|  | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Ayuda con ciertas afecciones crónicas  [Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),”* which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. If offering SSBCI, plans must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | [List copays.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):   * 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 * En el caso de las personas con diabetes que tengan enfermedad de pie diabético grave, pagaremos lo siguiente: * un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con plantillas), incluidos ajustes y dos pares adicionales de plantillas, cada año, **o** * un par de zapatos profundos (hondos), incluidos ajustes y tres pares de plantillas cada año (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) * En algunos casos, pagaremos capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Comuníquese con Servicios al miembro para obtener más información.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cirugía como paciente ambulatorio  Pagaremos cirugías como paciente ambulatorio y servicios en centros para pacientes ambulatorios en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  Si usted usa tabaco, no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco y quiere o tiene que dejar de fumar:   * Pagaremos dos sesiones para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo en un período de 12 meses. Este servicio es gratuito. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:   * Pagaremos dos sesiones de consejería para intentar dejar de consumir tabaco en un período de 12 meses. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si está embarazada, puede recibir consejería sin límite para dejar de consumir tabaco con una autorización previa.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for supplemental benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  Pagaremos una visita al año, o más si es médicamente necesario, a su proveedor de cuidado primario para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante [*insert:* la visita *or* las visitas], el 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.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Consultas anuales de rutina  Puede hacerse un control anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagaremos uno cada 12 meses.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cuidado 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.   Una “emergencia médica” es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria, y dicha afección es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que cause:   * riesgos graves para su salud o la del feto; **o** * daños graves a las funciones corporales; **o** * disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** * en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: * No hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital 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.] | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después que su emergencia se haya estabilizado, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits:(p. ej. usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red solamente si el plan aprueba su estadía).] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Cuidado de la vista  Pagaremos los siguientes servicios:   * un examen de rutina cada año, **y** * hasta $100 para anteojos (marcos y cristales) o hasta $100 para lentes de contacto cada dos años.   Pagaremos los servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares (de los ojos). Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.  Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, pagaremos un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma son:   * personas con antecedentes familiares de glaucoma, * personas con diabetes, * personas afroamericanas mayores de 50 años, **y** * personas hispanoamericanas de mayores de 65 años.   [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] Pagaremos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. No podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió uno después de la primera cirugía). | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidado de urgencia  El cuidado de urgencia es el cuidado que se da para tratar:   * un caso que no es una emergencia que requiera cuidado médico inmediato, **o** * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si 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.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:   * Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidado, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería * Exámenes de laboratorio proporcionados por centros de enfermería * Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería * Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería * Servicios de un médico o proveedor   Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería) * Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento de abandonar el hospital | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios  Pagaremos servicios de salud mental proporcionados por:   * Un psiquiatra o médico con licencia del estado * Un psicólogo clínico * Un trabajador social clínico * Un especialista en enfermería clínica * Un enfermero de práctica avanzada * Un auxiliar médico * Cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado   Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:   * Servicios clínicos [Plans should include any Medi-Cal limitations that apply (e.g., number of visits)] * Tratamiento de día [Plans should include any Medi-Cal limitations that apply (e.g., number of visits)] * Servicios de rehabilitación psicosocial [Plans should include any Medi-Cal limitations that apply (e.g., number of visits)] * Servicios de hospitalización parcial/Programas de paciente ambulatorio intensivos * Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal * Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)   * Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de controlar la terapia con medicamentos * Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios * Consulta psiquiátrica   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados  Pagaremos servicios de cuidado de salud mental que requieran una estadía en el hospital.   * Si necesita ser internado para recibir servicios en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después de este período, la agencia de salud mental local del condado pagará por los servicios psiquiátricos hospitalarios que sean medicamente necesarios. La autorización para recibir cuidados después de los 190 días será coordinada con la agencia de salud mental local del condado. * El límite de 190 días no se aplica a los pacientes hospitalizados para recibir servicios de salud mental en una unidad psiquiátrica de un hospital general. * Si es mayor de 65 años, pagaremos los servicios que recibió en un instituto de enfermedades mentales (IMD). | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en centros de enfermería  Un centro de enfermería (NF) es un lugar que da cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.  Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Terapia respiratoria * Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (incluye sustancias que están naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea) * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados generalmente por centros de enfermería. * Análisis de laboratorio proporcionados, por lo general, por centros de enfermería * Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados generalmente por centros de enfermería * Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería * Servicios médicos o de practicantes * Equipo médico duradero * Servicios dentales, incluidas prótesis * Beneficios de la vista   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Cuidados en centros de enfermería (continuación)   * Exámenes para la audición * Atención quiropráctica * Servicios de podiatría   Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería). * Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento de dejar el hospital. |  |
|  | Cuidados en 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 del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados de salud en el hogar   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare son facturados a Medicare.**   * Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.   **Para los servicios cubiertos por <plan name> que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:**   * <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted [insert as appropriate: paga el monto del costo compartido del plan **or** no paga nada] por estos servicios.   **Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.   **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir el servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and 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 hospicio.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios medicamente necesarios 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 * Análisis 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 * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Deberá obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)   * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y órganos intestinales/multiviscerales.   Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir 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 fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para nuestra comunidad 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.]   * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Servicios médicos |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes aparatos prostéticos y, posiblemente, otros aparatos que no están incluidos aquí:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministro de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas * Marcapasos * Aparatos ortopédicos * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) * Prótesis para reemplazar la totalidad de una parte externa del cuerpo o de la cara que ha sido removida o dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito * Crema y pañales para incontinencia   También pagaremos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. Además pagaremos la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  Ofrecemos cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plans may insert reference, as applicable].  [Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] No pagaremos dispositivos prostéticos dentales. | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  (Lea la definición de “equipo médico duradero (DME)” en el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual).  Los siguientes artículos están cubiertos:   * Sillas de ruedas * Muletas * Sistemas de camas eléctricas * Colchoneta antiescaras para colchón * Suministros para diabéticos * Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar * Bombas para infusión intravenosa (i.v.) y soporte * Bomba de nutrición enteral y fórmulas nutricionales * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores * Bastón estándar con empuñadura curva o bastón de cuatro patas y suministros de repuesto * Equipo de tracción cervical (para puerta) * Estimulador de crecimiento óseo * Equipo de diálisis   Otros artículos podrían estar cubiertos.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert:Pagaremos todo el DME que sea médicamente necesario, que Medicare y Medi-Cal usualmente pagan. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted les puede preguntar si pueden 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.): Junto con este Manual del miembro, le enviamos la lista de equipos médicos duraderos de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores por los que pagaremos también está disponible en nuestra página de internet en <URL>.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medi-Cal de las marcas y fabricantes incluidos en la lista. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita esa marca. Pero si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedir una segunda opinión).  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).] |  |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Examen de aneurisma aórtico abdominal  Pagaremos una sola ecografía de detección para las personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio  Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios medicamente necesarios que no están incluidos aquí:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo los materiales y suministros que usan los técnicos * Suministros quirúrgicos, como vendajes * Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * Análisis de laboratorio * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, pagaremos consejería para bajar de peso. Usted deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  Pagaremos los siguientes servicios:   * Una mamografía de referencia entre los 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.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  Pagaremos los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses * Para las mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses * Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses * Para mujeres de entre 30 y 65 años: pruebas del virus del papiloma humano (HPV) o pruebas de Papanicolaou más HPV cada cinco años   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar la depresión  Pagaremos un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento complementario y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar la diabetes  Pagaremos por este examen (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:   * Presión arterial alta (hipertensión) * Historial de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) * Obesidad * Historial de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)   En algunos casos, se podrán cubrir estas pruebas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historial de diabetes.  Dependiendo de los resultados de las pruebas, usted podría cumplir con los requisitos para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  Pagamos un 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.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Exámenes y consejería para el abuso de alcohol  Pagaremos un examen para establecer el abuso de alcohol (SBIRT) en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.  Si el resultado del examen de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones de asesoramiento personales breves cada año (si usted puede y está alerta durante el asesoramiento) con un profesional o proveedor de cuidado primario especializado en un establecimiento de cuidado primario.  [List any additional benefits offered.] | $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 de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta  Si su hospitalización no es razonable y medicamente necesaria, no la pagaremos.  Sin embargo, en ciertos casos en los que el ingreso hospitalario no esté cubierto, sí podremos pagar por los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. Comuníquese con Servicios al miembro para obtener más información.  Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:   * Servicios de un médico * Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio * Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * Apósitos quirúrgicos * Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * 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 ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*Plans that will or expect to use Part B step therapy should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> pagará los siguientes medicamentos:   * Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria * Medicamentos que usa junto con equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan * Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán cubiertos si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico 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 la Parte B de Medicare (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) * Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de inmunodeficiencias primarias   [Insert if applicable: El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio. También explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente ambulatorio mediante nuestro plan. |  |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Medición de la masa ósea  Pagaremos ciertos procedimientos para aquellos miembros que cumplan con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos.  También pagaremos servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos por un médico que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios del programa prevención de diabetes de Medicare (MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de alimentación a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Programas de educación de salud y bienestar  Ofrecemos programas que se enfocan en ciertos problemas de salud. Estos incluyen:   * Clases de educación de la salud * Clases de educación sobre nutrición * Clases para dejar de fumar y de consumir productos de tabaco * Línea de enfermería   [List any additional benefits offered.] | [List copays.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  Pagaremos exámenes para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes estarán cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una STI. Un proveedor de cuidado primario deberá pedir las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.  También pagaremos hasta dos sesiones intensivas de consejería para el comportamiento en persona una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener STI. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. Pagaremos estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar cáncer colorrectal  El plan pagará los siguientes servicios para personas mayores de 50 años:   * Sigmoidoscoipía flexible (o enema de bario exploratoria) cada 48 meses * Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses * Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses * Cribado colorrectal basado en el ADN, cada 3 años * Colonoscopía cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible) * Colonoscopía (o un enema de bario exploratorio) para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cada 24 meses.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar cáncer de próstata  Para los hombres mayores de 50 años pagaremos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * tiene entre 50 y 80 años, **y** * tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, **y** * ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni 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 especializado.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar el VIH  Pagaremos una prueba para detectar el VIH cada 12 meses, para las personas que:   * soliciten una prueba de VIH, **o** * tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH.   En el caso de las mujeres embarazadas, el plan pagará hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.  También cubriremos pruebas adicionales de detección del VIH si lo recomienda su proveedor.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias  Pagaremos los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:   * Exámenes y asesoramiento por el abuso de alcohol * Tratamiento para abuso de drogas * Consejería grupal o individual por parte de un médico calificado * Desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones * Servicios de alcoholismo o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo * Tratamiento de liberación prolongada con naltrexona (Vivitrol)   [List any additional benefits offered.] | [List copays.] |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda cuidar de usted.  Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia en otras situaciones deber ser aprobados por nosotros.  En los casos que no sean emergencias, podremos pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente ambulatorio  Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, como:   * Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación * Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”. * Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. * Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf). * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado 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 beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de hospitalización parcial  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota**: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios.] | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios  Pagaremos los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarias en lugares como: * Consultorios * Centro de cirugía ambulatoria certificado * Departamentos de pacientes ambulatorios en un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [insert as applicable: proveedor de cuidado primario **or** especialista], si su médico lo indica para averiguar si necesita tratamiento   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud, incluidos [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member). Plans may refer members to their medical coverage policy here].] * Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. [Plans may modify as necessary if benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.] * [*List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply*.] * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act:* Algunos servicios de teleasistencia como, por ejemplo, consultas, diagnósticos y tratamientos realizados por un médico o profesional de la salud, para miembros que residen en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] * Servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus * Servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso   + Visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que usted no sea un paciente nuevo.   + Evaluación, en un plazo de 24 horas, del video y/o las imágenes enviadas a su médico, así como su interpretación y seguimiento por parte de su médico, siempre que usted no sea un paciente nuevo. * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historial clínico electrónico si no es un paciente nuevo * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía * Cuidado dental que no sea rutinario. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: * Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas * Reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales * Extracción de piezas dentales antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico * Servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [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 médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  Pagaremos los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar * Métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos [AIU/DIU], implantes, inyecciones, píldoras, parches o diafragmas) * Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) * Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Consejería, exámenes y tratamiento por infecciones de transmisión sexual (STI) * Consejería, exámenes y tratamiento para el VIH y el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Anticoncepción permanente (debe ser mayor de 21 años para elegir este método de planificación familiar y deberá firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización, por lo menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía) * Asesoramiento sobre genética   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)  También pagaremos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá consultar a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada) * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Pruebas genéticas |  |
|  | Servicios de podiatría  Pagaremos los siguientes servicios:   * 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 miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de programa de tratamiento con opiáceos (OTP)  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):   * Exámenes y evaluaciones iniciales * Evaluaciones periódicas * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any other medically necessary treatment or additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  Pagaremos servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de un médico.  También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  Pagaremos fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en un hospital, con terapeutas independientes, en Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y en otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  Pagaremos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Debe tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.  Pagaremos los servicios respiratorios para los pacientes que dependan de un respirador.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de transporte que no sean emergencias médicas  Este beneficio permite que el transporte sea más rentable y accesible. Puede incluir lo siguiente: ambulancia, camioneta, camioneta para silla de ruedas, servicios de transporte médico y coordinación con paratránsito.  Las formas de transporte se autorizan cuando:   * su afección médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, **y** * se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria.   Según el servicio, es posible que se requiera autorización previa.  [Plans should include instructions on how member can get this service.] | [List copays.] |
|  | Servicios dentales  Ciertos servicios dentales, incluidos limpiezas, empastes y prótesis, están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal. [All plans, except Health Plan of San Mateo, insert: Consulte la Sección F para más información sobre este beneficio.]  [List any additional benefits offered.] | [If plan offers supplemental benefit, the maximum copay amount is $10.] |
|  | Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS)  Los CBAS son un programa de servicios ambulatorios basados en centros. Las personas participan en este programa de acuerdo con sus horarios. El programa ofrece cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas terapia ocupacional, del habla y fisioterapia), cuidado personal, soporte y entrenamiento para la familia/el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos por los CBAS si usted cumple con los criterios de elegibilidad.  **Nota:** Si no hay una institución de CBAS disponible, podemos ofrecerle estos servicios por separado. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios para la audición  Pagaremos las pruebas de audición y de equilibro realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando se la manda un médico, un audiólogo u otro proveedor especializado.  Si está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagaremos los audífonos, incluidos:   * Moldes, suministros e insertos * Reparaciones que cuesten más de $25 cada una * Primer juego de baterías * Seis visitas para capacitación, ajustes y montaje del audífono con el mismo proveedor después de que obtenga los audífonos * Alquiler de audífonos en período de prueba | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios quiroprácticos  Pagaremos los siguientes servicios:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación   [List any Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | [List copays.]  [List copays for supplemental benefits.] |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  Pagaremos los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su médico deberá aprobarlo. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que lo 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, como las visitas necesarias por personas capacitadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar para ayudar en casos de emergencia y para revisar el equipo de diálisis y el suministro de agua   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (continuación)  Sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba. |  |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:   * Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET * 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario   El programa SET debe ser:   * Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) * En un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico * Proporcionado por personal especializado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD * Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas | $0 |
|  | Terapia de infusión en el hogar  El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea (bajo la piel) en su domicilio. Para poder administrar la terapia de infusión en el hogar se necesitan los siguientes elementos:   * El medicamento o la sustancia biológica como, por ejemplo, un antiviral o una inmunoglobulina; * Equipos como, por ejemplo, una bomba de infusión; **y** * Accesorios como, por ejemplo, tubos o un catéter.   El plan cubrirá, entre otros, los siguientes servicios de infusión en el hogar:   * Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestarán de conformidad con su plan de cuidados; * Formación y educación del miembro todavía no incluidas en el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME); * Telemonitoreo; **y** * Servicios de monitoreo de la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de servicios de terapia de infusión en el hogar.   [*List any additional benefits offered.*] | [*List copays.*]  [*List copays for additional benefits.*] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellas que hayan recibido un trasplante de riñón cuando haya sido [insert as appropriate: referido **or** indicado] por su médico.  Pagaremos tres horas de servicios de consejería individual durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare). Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.  Después de eso, pagaremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene [insert as appropriate: el referido **or** la orden] de un médico. Un médico deberá prescribir estos servicios y renovar [insert as appropriate: el referido **or** la orden] una vez al año si el tratamiento es necesario durante el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Transporte no médico  Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.  Este beneficio no limita su beneficio de transporte en casos de no emergencia.  [Plans should include instructions on how members can get this service.] | [List copays.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Vacunas (inmunizaciones)  Pagaremos los siguientes servicios:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias * Vacunas contra la hepatitis B, si existe un riesgo elevado o intermedio de que pueda contraer hepatitis B * Otras vacunas si existe un riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   Pagaremos otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.  También pagaremos todas las vacunas para adultos, como recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  Cubrimos una única visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye:   * un examen de la salud; * educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones); **y** * referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita.   **Nota:** Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

# Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If your plan offers a visitor/traveler program to members 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 getting 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 usted está fuera de su área de servicio del plan por más de seis meses, normalmente lo retiraremos 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 nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio hasta por 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros 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 el plan, a precios de costo compartido dentro de la red. Usted puede comunicarse con el plan 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 nuestro plan hasta el <end date>. Si no ha vuelto al área de servicio del plan el <end date>, se le retirará del plan.]

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

[Plans should modify this section to include additional benefits covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Medi-Cal fee-for-service,as appropriate.]

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

## F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa de Transiciones Comunitarias de California (CCT) utiliza las organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han permanecido en un centro de internaciones, por al menos 90 días consecutivos, a reinsertarse y permanecer seguros en el entorno de la comunidad. El programa de CCT patrocina servicios de coordinación de transición durante el período previo a la transición y 365 días después, para ayudar a los beneficiarios elegibles a mudarse de nuevo a un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier Organización de CCT que preste servicios en el condado donde usted vive. Puede encontrar una lista de las Organizaciones de CCT y los condados donde prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, en: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx).

**Por servicios de coordinación de transición de CCT:**

Medi-Cal pagará por los servicios de coordinación de transición. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Por servicios sin relación con su transición de CCT:**

El proveedor facturará a <plan name> por sus servicios. <Plan name> pagará por los servicios provistos después de su transición. Usted no pagará nada por estos servicios.

Mientras reciba los servicios de coordinación de transición de CCT, <plan name> pagará los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios, en la Sección D de este capítulo.

**Sin cambios en el beneficio de medicamentos de <plan name>:**

El programa de CCT no cubre medicamentos. Usted seguirá recibiendo sus beneficios de medicamentos regulares a través de <plan name>. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.

**Nota:** Si necesita cuidado de transición fuera de CCT, debe llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir el servicio. Los servicios fuera de CCT son los servicios que no tienen relación con su transición de una institución/un centro. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

[*All plans, except Health Plan of San Mateo, insert F2, Medi-Cal Dental Program, as indicated below. Health Plan of San Mateo removes the section below and the reference in the Table of Contents and follows the instructions in Section D, Dental services*.]

## F2. Programa dental de Medi-Cal

Hay ciertos servicios dentales disponibles a través del programa dental de Medi-Cal, por ejemplo, servicios como:

* Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas, tratamientos con flúor
* Restauraciones y coronas
* Tratamientos de endodoncia
* Prótesis dentales, ajustes, reparaciones y recubrimientos

Los beneficios dentales están disponibles en el Programa dental de Medi-Cal con pago por servicio. Si quiere más información o si quiere ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicios al cliente del Programa dental de Medi-Cal, al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar el sitio web en [dental.dhcs.ca.gov/](https://dental.dhcs.ca.gov/) para encontrar más información.

Además del Programa dental de Medi-Cal con pago por servicios, usted puede recibir servicios dentales mediante un plan de cuidado dental administrado. En el condado de Los Angeles, hay disponibles planes de cuidado administrado. Si quiere más información sobre los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental, o quiere cambiar su plan dental, puede contactarse con Health Care Options, llamando al 1-800- 430-4263 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1‑800-430-7077), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita.

[Plans that offer supplemental dental benefits insert: **Nota**: <plan name> le ofrece otros servicios dentales. Para obtener más información, consulte la Sección D de la Tabla de beneficios en este capítulo.]

## F3. Cuidados en 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 del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Para obtener más información sobre lo que <plan name> paga mientras usted reciba servicios de cuidados en un hospicio, consulte la Sección D de la Tabla de beneficios en este capítulo.

**Por servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, en relación con su enfermedad terminal:**

* El proveedor del hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin relación con su pronóstico médico terminal (excepto por cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia):**

* El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

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

* Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir el servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

# Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medi-Cal

Esta sección le mostrará los beneficios que están excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos elementos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan, solo en algunos casos.

No pagaremos por los beneficios médicos excluidos mencionados en esta sección (ni en otras partes de este *Manual del miembro*), excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si cree que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, usted puede mandar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de beneficios, los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:

[The services listed in the remaining bullets are excluded from Medicare’s and Medi-Cal’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits, are required to be covered by Medi-Cal or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Medi-Cal 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 Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

* Servicios que no se consideran “razonables y médicamente necesarios” según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están 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.
* Servicios privados de enfermería.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
* Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* Cuotas que se le hayan cargado a un familiar directo o a miembros de su hogar.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Envío a domicilio de comidas.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, pagaremos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para darle la misma forma.
* Cuidado quiropráctico distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura.
* Cuidado de rutina de los pies, excepto lo que se describe en Servicios de podiatría en la Sección D de la Tabla de beneficios.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* [Plans should delete this if supplemental:] Exámenes para la audición, audífonos o exámenes para la adaptación de audífonos.
* [Plans should delete this if supplemental:] Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de visión.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros contraceptivos no prescritos.
* 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 nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted seguirá siendo responsable por los montos de costos compartidos.