Capítulo 4: Artículos y servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*The plan 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 Contenido

[A. Sus artículos y servicios cubiertos 2](#_Toc48656529)

[B. Reglas contra proveedores cobrándole por artículos o servicios cubiertos 2](#_Toc48656530)

[C. Sobre la Tabla de artículos y servicios cubiertos de nuestro plan 2](#_Toc48656531)

[D. Tabla de artículos y servicios cubiertos 5](#_Toc48656532)

[E. Tabla de Servicios de excepción con base en el hogar y la comunidad 61](#_Toc48656533)

[F. Los beneficios de visitante o viajero de nuestro plan 65](#_Toc48656534)

[G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 66](#_Toc48656535)

[G1. Servicios en un centro de maternidad autónomo 66](#_Toc48656536)

[G2. Servicios de hospicio 66](#_Toc48656537)

[H. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medicaid 67](#_Toc48656538)

# A. 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 [plan 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-IDD, usted no deberá pagar por sus artículos y servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas de <plan name>. Lea el Capítulo 3 [plan 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>.

# B. Reglas contra proveedores cobrándole 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[plan may insert reference, as applicable]o llame a Servicios al participante.

# C. Sobre la Tabla de artículos y servicios cubiertos de nuestro plan

En la Tabla de artículos y Servicios cubiertos de la Sección D 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. [If the plan includes an index at the end of the chapter, it 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 el Tabla de artículos y Servicios cubiertos solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** Usted no pagará nada por los artículos y servicios indicados en el 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, le amenacen con alguna discapacidad grave o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado para evitar que usted ingrese en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. Esto también significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. [*The plan should add the state-specific definition of “médicamente necesario” as appropriate and ensure that it is updated and used consistently throughout Participant material models.*]
* 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 [plan may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* Usted tiene un IDT que hará los arreglos y administrará su cuidado. En el Capítulo 3 [plan 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 autorización previa.
* [*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 de beneficios para participantes con ciertas condiciones crónicas.** Si usted tiene una las siguientes condiciones crónicas y cumple con ciertas condiciones médicas, usted puede ser eligible para beneficios adicionales:
  + [*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 Participant eligible for SSBCI.]

Consulte a la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de servicios y artículos cubiertos para más información.]

* [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 servicios y artículos cubiertos.

[Instructions on completing the Covered Items and Services Chart:

* The plan must identify preventive services with the apple icon.
* The plan 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.
* The plan 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.
* For services that do not require prior authorization, the plan may add at the end of the service description: **Este servicio no requiere una autorización previa.**
* *A plan 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 Covered Items and Services 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.*]

# D. Tabla de artículos y servicios cubiertos

[*When a benefit continues from one page to the next, the plan enters 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, the plan should enter the benefit name again in bold followed by* **(continuación).** *The plan may* *refer to* **equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) and related supplies** *and other examples later in this chart as examples. The plan 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 por los que paga <plan name> | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Abuso en el consumo de sustancias: Servicios 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. | $0 |
|  | Acupuntura para el dolor lumbar crónico  El plan pagará hasta 12 visitas 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 una causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); * no está asociado a una operación; **y** * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora. | $0 |
|  | Administración de cuidados  La administración de cuidados está diseñada individualmente para ayudar al participante a tener acceso a los servicios necesarios. La administración de cuidados ayuda a garantizar la salud y el bienestar del participante y a mejorar la independencia y calidad de vida del participante. Lea más información sobre la administración de cuidados en el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable]. | $0 |
|  | Asistencia de la mudanza  <Plan name> pagará por un participante que está en transición de un entorno institucional a un entorno comunitario. Este servicio cubre el costo de mover físicamente los muebles y otras pertenencias del participante al entorno comunitario donde él/ella residirá. El plan debe usar una compañía de mudanzas autorizada/certificada por el Departamento de Transporte del Estado de New York. | $0 |
|  | [If this benefit is not applicable, the plan should delete this row.]  Ayuda con ciertas condiciones crónicas  [A plan offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),” which Participants with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits. If offering SSBCI, the plan 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.*] |
|  | 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 [plan 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 los siguientes: * 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   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes (continuación)   * Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, <plan name> pagará por los siguientes: * 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. |  |
|  | Centro de cuidados intermedio para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID)  <Plan name> pagará a una institución que proporcione cuidados de salud integrales e individualizados y servicios de rehabilitación al participante para promover su situación funcional e independencia. | $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 |
|  | Clínica para pacientes externos certificada por OPWDD  <Plan name> pagará servicios clínicos prestados por una clínica de Artículo 16. Los servicios clínicos incluyen:   * Servicios de rehabiliación o habilitación (p.ej.: terapia física, terapia ocupacional, sicología, patología del habla y el lenguaje, trabajo social); * Servicios médicos o dentales, **y** * Servicios de cuidado de salud (p.ej.: enfermería, dietética y nutrición, audiología, podiatría). | $0 |
|  | Comidas entregadas a domicilio y congregadas / Beneficio alimenticio  Este servicio permite hasta dos comidas por día para aquellos participantes que no pueden prepararse o tener acceso a comidas nutricionalmente adecuadas para ellos mismos. | $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 venta sin receta médica** para intentar dejar de usar tabaco.  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 |
| 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 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.   Este servicio no requiere una autorización previa. | $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 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, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que tenga como resultado:   * riesgo grave para su salud o la del feto; **o** * una discapacidad grave de las funciones corporales, **o** * una disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, **o** * una desfiguración de dicha persona, **o** * en el caso de una mujer embarazada, cuando: * no hay tiempo suficiente para transportarle a otro hospital antes del parto, sin riesgo. * el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   Esta cobertura es dentro de los EE.UU. y sus territorios.  Estos servicios no requieren autorización previa. | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después que su emergencia ha sido estabilizada, [The plan 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 hospitalizado en un hospital fuera de la red, solamente si <plan name> aprueba su estadía)]. |
|  | Cuidado de la vista: Anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto  <Plan name> pagará por anteojos, lentes de contacto médicamente necesarias 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.  [The plan should modify this description if it 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.  Los servicios de Clínicas de artículo 28 pueden accederse sin una autorización previa de <plan name> o su IDT. | $0 |
| Apple icon indicates preventive services. | Cuidado de la vista: Exámenes de los ojos y de la vista y cuidados de los ojos  El plan pagará servicios médicos como paciente externo para el diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales, enfermedades de los ojos y lesiones en 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. Los exámenes de refracción están limitados cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarios.  Para las personas con alto riesgo de glaucoma, <plan name> pagará por 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, **e** * hispanoamericanos de 65 años o más.   Los servicios de Clínicas de artículo 28 pueden accederse sin una autorización previa de <plan name> o su IDT. | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería  <Plan name> pagará por centros de enfermería para los participantes que necesiten cuidado en centros de enfermería y supervisión las 24 horas del día fuera de un hospital. | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  <Plan name> cubre un número ilimitado de días de cuidados en una 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 especializadas * Servicios de enfermería * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos que usted necesite como parte de su plan de cuidado, 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 centros de enfermería * Pruebas de laboratorio dadas por centros de enfermería * Radiografías y otros servicios radiológicos dados por centros de enfermería * Aparatos, como sillas de ruedas, normalmente dados por centros de enfermería * Servicios de un médico/de un proveedor   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)  Normalmente usted recibe sus cuidados de instituciones de la red. Sin embargo, usted podría obtener sus cuidados de un centro fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidados de los lugares siguientes si aceptan las cantidades de los pagos de <plan name>:   * Un centro de enfermería o una comunidad de continuación de cuidado para jubilados donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre y cuando ésta preste cuidados de centro de enfermería) * Un centro de enfermería donde viva su esposo/esposa en el momento en que usted deje el hospital |  |
|  | 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.  Esta cobertura es dentro de los EE.UU. y sus territorios.  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 sobre 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 hospitalizado, 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   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0  Usted deberá obtener aprobación de <plan name> para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | Cuidados agudos en un hospital como paciente hospitalizado, incluyendo servicios por abuso en el consumo de sustancias y de rehabilitación (continuación)   * 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, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios como paciente hospitalizado 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.   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.[The plan 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 patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su 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.] [The plan may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | Cuidados de salud de día para adultos con SIDA  <Plan name> pagará por programas de cuidados de salud de día para adultos con SIDA para los participantes con VIH.  Los programas de cuidados de salud de día para adultos con SIDA incluyen los siguientes servicios:   * Asesoría o educación individuales y colectivas proporcionadas en un entorno estructurado * Cuidados de enfermería (incluyendo triaje o evaluación de síntomas nuevos) * Respaldo para respetar 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 practicante, * 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 [The plan should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits).] * Tratamiento de día [The plan should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits).] * Servicios de rehabilitación sico-social [The plan should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits).]   Los participantes pueden acceder directamente una evaluación por un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener una autorización previa. | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados  <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 hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir 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 se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan cubrirá lo siguiente mientras usted recibe servicios en hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados en el hogar, incluyendo cuidado de la salud en el hogar * Servicios de terapia ocupacional, física y del habla para controlar los síntomas * Servicios de consejería   **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare 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 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 la cantidad de costo compartido del plan **or** nada] por estos servicios.   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** |  |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>.**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. 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 Administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “coordinador de cuidado de salud” 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 en hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de residencia en un hospicio para enfermos terminales.] | $0 |
|  | 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 hospitalizado 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 (DME) y suministros relacionados  El DME 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 (IV, por sus siglas en inglés) * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores   Otros artículos pueden estar cubiertos.  [A plan that does not limit the DME brands and manufacturers that it will cover, insert: Nosotros pagaremos por todo el equipo médico duradero médicamente 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.]  [A plan that limits the DME brands and manufacturers that it 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 duradero por el que pagaremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <URL>.  **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  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 para 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. Durante ese tiempo, usted debería hablar con su Administrador de cuidados o su IDT para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su Administrador de cuidados o su IDT, usted puede pedir una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del IDT o <nombre del plan>, usted o su proveedor pueden apelar. 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 [the plan may insert reference, as applicable].)] |  |
|  | [If the plan has no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage, it may modify or delete this row as appropriate.]  Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta  Si su estadía como paciente hospitalizado 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 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 * 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 participante. * Terapia física, terapiadel habla y terapiaocupacional | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan pagará un examen de ultrasonido una sóla vez para personas con riesgo. El plan cubre este examen solamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido para este examen de su médico, asistente de médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico  Lea "Exámenes de diagnósticos y servicios terapéuticos y suministros como paciente externo" en esta 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 | $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 PCP para obtener más información.  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.  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)   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 los siguientes 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.  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. * Cribado colorrectal basado en el ADN * Cubierta una vez cada 48 meses 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.   Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| 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   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 o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. * Para las mujeres que hayan tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos tres años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.   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.  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.  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.  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 Proveedor de cuidado primario (PCP) calificado o un médico en un entorno de atención de cuidados primarios.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Hospitalización parcial  La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. La hospitalización parcial es más intensa que el cuidado en el consultorio de su proveedor o de su terapista y es una alternativa a una hospitalización como paciente hospitalizado.  <Plan name> pagará por hospitalización parcial para servir como una alternativa a la hospitalización como paciente hospitalizado o para reducir una estadía hospitalaria dentro de un programa con supervisión médica. Los servicios incluyen:   * Evaluación y planificación de tratamiento * Exámenes de salud y referidos * Administración de síntomas * Terapia de medicamentos * Educación sobre medicamentos * Terapia verbal * Administración de casos * Determinación de preparación rehabilitativa siquiátrica * Referidos e intervención en crisis   [If the plan does not have an in-network community mental health center, it may add: **Nota:** Cubrimos la hospitalización parcial, pero solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red.] | $0 |
|  | Infusión en el hogar  <Plan name> pagará por la administración de medicamentos y suministros de infusión en el hogar. | $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 relacionadas a la salud y para pedir asistencia para acceder a los servicios a través de <plan name>. | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*A plan that will or expects 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 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 DME (como nebulizadores) que han sido autorizados por su IDT o <plan name>   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * 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 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 * 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 [plan 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   [Insert if applicable: El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  **Este beneficio continúa en la página siguiente.** |  |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)  El Capítulo 5 [plan 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 [plan 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 a 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.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | 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 |
| Apple icon indicates preventive services. | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)  El plan pagará por servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de dieta a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Programas de educación sobre salud y bienestar  <Plan name> pagará por educación sobre 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, como 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 le cuidan.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $0 |
|  | Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación siquiátrica (IPRT)  <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 hospitalizados o externos de un hospital, el consultorio de un proveedor o una clínica independiente. | $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 [plan 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 consumidor (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 (ADLs) o servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden incluir cualquiera de los servicios proporcionados por un asistente de cuidado personal (asistente en el hogar), auxiliar 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, es responsable de reclutar, contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, despedir a las personas que provean los servicios de CDPAS. | $0 |
|  | 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 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 medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar * Terapia física, terapia ocupacional y terapia 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 proporcionado en el hogar. La terapia respiratoria incluye técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación relacionados al sistema respiratorio. | $0 |
|  | Servicios de cuidados personales  <Plan name> pagará por los servicios de cuidados personales para ayudar a los participantes con actividades como la higiene personal, vestirse, 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 cuidado. | $0 |
|  | Servicios de enfermería privados  <Plan name> pagará por servicios de enfermería privados cubiertos, por 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 un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, 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 externo”. * Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o externos en esta hoja informativa: [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf](https://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 proveedor certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo (continuación)   * 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 cubiertos * 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. |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en el consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarias, en lugares como: * un consultorio médico * un Centro de Cirugía Ambulatoria certificado * una clínica de pacientes externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en el consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP) (continuación)   * Breves chequeos virtuales * Evaluación remota de imágenes y/o videos pregrabados * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un nuevo paciente * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Certain additional telehealth services, including those for [insert specific Part B services the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the Participant] * Usted tiene la opciónde recibir estos servicios en persona o por teleconsulta. Si usted elige recibir estos servicios de consulta por teléfono, usted tendrá que utilizar uno de los proveedores de la red que ofrezca el servicio de consultas por teléfono. * [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.]] * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía   Los participantes pueden ver a los PCP sin obtener una autorización previa. |  |
|  | [The plan 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 infertilidad y servicios relacionados * Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STIs), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, como parte de una consulta de planificación familiar * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STIs) * 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. | $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 | $0 |
|  | 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 (SLT).  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORFs), y de otras instituciones. | $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. | $0 |
|  | Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS)  <Plan name> pagará por PERS, un dispositivo electrónico que permite a ciertos participantes con alto riesgo 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 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  Estos servicios ayudan a un participante que está en transición de un entorno institucional a un hogar en la comunidad donde él/ella residirá. Estos servicios cubren los gastos relacionados con el establecimiento de un hogar, tales como:   * pago de la renta del primer y último mes; * depósitos de utilidades públicas y alquiler; * compra de artículos esenciales del hogar, como muebles, ropa de cama y artículos de cocina; **y** * garantías de salud y seguridad, como eliminación de plagas, control de alérgenos o limpieza, de una sola vez, antes de la ocupación.   Estos servicios están limitados a un participante que está en transición de un centro de enfermería, Institución para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés) o un ICF/IID a su casa o la casa de un familiar donde él/ella vivirá. | $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 de tratamiento con opiáceos  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos:   * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) 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 additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $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 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.   Las radiografías y otros servicios dentales deben ser autorizados por 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 de Cirugía Ambulatoria  <Plan name> pagará por procedimientos quirúrgicos cubiertos prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria. | $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 ambientes tradicionales y fuera de los sitios normales. | $0 |
|  | Servicios para la audición  <Plan name> paga por pruebas de audición y de equilibrio, 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 o de 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 | $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 por el participante, las que, si no son atendidas eficazmente, interferirán con la capacidad de la persona 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 ambulatorio 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 |
| 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. | $0 |
|  | Servicios sociales médicos  <Plan name> pagará por servicios sociales médicos, incluyendo la evaluación de factores sociales y ambientales relacionados 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.   **Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales, incluyendo servicios por Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) (continuación)   * 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 [the plan may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, 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 personas entrenadas 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 la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, por favor lea “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.**  La educación sobre las enfermedades del riñón no requiere una autorización previa. |  |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés)  El plan pagará la SET para los participantes con enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) 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 PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) * En un entorno hospitalario para pacientes externos o en un consultorio médico * Prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para 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 |  |
| Apple icon indicates preventive services. | 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 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.  Este servicio no requiere una autorización previa. | $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 * Exámenes de salud y referidos * Desarrollo de preparación para rehabilitación * Determinación de preparación para rehabilitación siquiátrica y referidos * Control de síntomas | $0 |
|  | Tratamiento de día, Oficina de personas con discapacidades del desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD)  <Plan name> pagará por el tratamiento de día de OPWDD. El tratamiento de día es una combinación de servicios diagnósticos y tratamiento, ofrecidos a las personas con discapacidades intelectuales y trastornos del desarrollo y que necesitan una amplia variedad de procedimientos de habilitación clínicamente respaldados y estructurados. |  |
|  | 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 limite su capacidad para ir al consultorio para las sesiones regulares de terapia como paciente externo. | $0 |
|  | Tratamiento observado directamente para tuberculosis (TB/DOT)  El 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. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Vacunas (inmunizaciones)  <Plan name> pagará por 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 tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B * Otras vacunas, si usted está a riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   <Plan name> pagará por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [the plan may insert reference, as applicable] para obtener más información.  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 la Parte B de Medicare 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** * referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita.   **Nota:** Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. 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 |

# E. Tabla de Servicios de excepción con base en el hogar y la comunidad

[*The plan should refer to and follow the instructions for Section D, The Covered Items and Services Chart, when a benefit continues from one page to the next in this section*.]

| Servicios de excepción con base en el hogar y la comunidad por los que <plan name> paga <plan name>  Algunos servicios pueden tener limitaciones. Comuníquese con su Administrador de cuidados para obtener más información. | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Agentes de respaldo  Este servicio se proporciona a los participantes que se auto dirigen. El agente de respaldo ofrece asistencia y capacitación de destrezas en el área de cómo entender y administrar las responsabilidades de autodirección, inclusión comunitaria y vida independiente. | $0 |
|  | Bienes y servicios dirigidos individuales (IDGS)  IDGS son servicios, equipos o suministros no proporcionados a través de Medicaid. El servicio respalda la independencia del participante. | $0 |
|  | Empleo respaldado (SEMP)  Los servicios de SEMP ofrecen respaldo intensivo continuo para que el participante obtenga y conserve un trabajo en la fuerza laboral general, y para que se le compense por lo menos el salario mínimo. | $0 |
|  | Habilitación comunitaria  Este servicio está dirigido a la prestación de servicios en entornos comunitarios (sin certificación) para promover la independencia e integración comunitaria. | $0 |
|  | Habilitación de un día  Este servicio ayuda al participante a lograr el nivel de funcionamiento máximo. El servicio se coordina con otra terapia física, ocupacional o del habla. El servicio podría servir para reforzar habilidades, comportamientos o lecciones enseñadas en otros entornos. | $0 |
|  | Habilitación residencial  Este servicio incluye actividades o respaldos destinados a ayudar al participante a buscar o mantener resultados de valor en su vida. | $0 |
|  | Intermediario fiscal (FI)  Este servicio es para los participantes que se auto dirigen. El FI respalda al participante con facturación y pago de bienes y servicios y con respaldos administrativos en general. | $0 |
|  | Modificaciones al vehículo  Este servicio incluye cambios físicos al vehículo de un participante, requeridos por el Plan de vida del participante, que son necesarios para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante o que permiten a que el participante funcione con más independencia. | $0 |
|  | Modificaciones medioambientales  <Plan name> <plan name> pagará por modificaciones al hogar necesarias para garantizar la salud, bienestar y seguridad del participante.  Las modificaciones medioambientales pueden incluir:   * Instalación de rampas y barras de soporte * Ampliación de puertas * Modificaciones de instalaciones de baño * Instalación de sistemas especializados, eléctricos o de plomería, para adaptarse al equipo médico necesario * Cualquier otra modificación necesaria para garantizar la salud, bienestar o seguridad del participante. | $0 |
|  | Pathway to Employment (Vía hacia el empleo)  Este servicio ofrece planificación profesional y servicios de respaldo. La asistencia se presta para que el participante obtenga, mantenga o avance en el empleo competitivo o en el trabajo por su cuenta. | $0 |
|  | Persona residente que da cuidados  La persona residente que da cuidados en el hogar del participante y proporciona respaldos para atender a sus necesidades físicas, sociales y emocionales para que el participante viva con seguridad y con éxito en su propio hogar. La persona residente que da cuidados no puede tener ningún parentesco por consanguinidad ni matrimonio con el participante. | $0 |
|  | Respiro  El cuidado de respiro ofrece alivio a las personas que proporcionan cuidados personales y de apoyo al participante sin pago.  El lugar de este servicio es la casa del participante, pero los servicios de respiro también pueden prestarse en otro lugar o en una instalación de la comunidad, aceptables para el participante. | $0 |
|  | Servicios de transición a la comunidad (CTS)  Estos servicios ayudan al participante en la transición de vivir en una institución a vivir en la comunidad.  CTS incluye:   * El costo de mudar muebles y otras pertenencias * La compra de ciertos artículos esenciales, como ropa de cama y vajilla * Depósitos de seguridad, incluyendo los pagos de agentes necesarios para obtener contratos de renta de un apartamento o casa * Compra de mobiliario esencial * Pagos por contratos iniciales o depósitos para servicios públicos o acceso a servicios (por ejemplo, teléfono, electricidad o calefacción) * Aseguramiento de salud y seguridad, como servicios de extracción de plagas, control de alérgenos o una limpieza única previa a la ocupación   No se puede usar CTS para comprar artículos o servicios de distracción recreativos, como televisores, grabadoras de video o reproductoras de DVD o sistemas de sonido. | $0 |
|  | Servicios intensivos de salud del comportamiento (IBS)  IBS es un servicio de salud del comportamiento a corto plazo, concentrado en desarrollar estrategias administrativas para garantizar la salud y seguridad y mejorar la calidad de vida del participante. | $0 |
|  | Servicios prevocacionales  Este servicio ofrece experiencia de aprendizaje y trabajo, incluyendo voluntariado. El participante puede desarrollar eficacia y habilidades generales, sin ser específicas para una tarea que contribuyen a su empleabilidad en un trabajo pagado. | $0 |
|  | Tecnología de asistencia-Dispositivos de adaptación  Incluye artículos, equipo o sistema de productos modificados o personalizados para usarse para aumentar, mantener o mejorar capacidades funcionales. | $0 |

# F. Los beneficios de visitante o viajero de nuestro plan

[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 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 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>.]

# G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

## G1. Servicios en un centro de maternidad autónomo

Un centro de maternidad autónomo es una institución de salud que no es un hospital, donde se planifican nacimientos fuera de la residencia de la mujer embarazada, que tiene autorización o aprobación del estado para dar cuidados prenatales y partos o cuidados de posparto y otros servicios ambulatorios.

## G2. 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 hospitalizado que proporciona servicios médicos no curativos y de respaldo a personas certificadas por un médico como enfermos terminales, con un pronóstico de vida de seis (6) meses o menos. El participante tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que el participante tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que el participante tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de seis meses o menor. Los programas de hospicio proporcionan a los participantes y 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 por 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 cuidado por escrito, el cual debe estar incorporado en el Plan de vida personalizado y reflejar las necesidades cambiantes del participante o su familia.

Si un participante en el plan FIDA-IDD recibe servicios de hospicio, éste seguirá inscrito y seguirá teniendo acceso al paquete de beneficios del plan FIDA-IDD. 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 el pronóstico médico terminal del participante son pagados por Medicare Original.

**Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare 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 relacionados a su diagnóstico terminal. Los participantes no pagarán nada por estos servicios.

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

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

**Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare 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 [the plan may insert reference, as applicable].

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su Administrador 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. [The plan should include a phone number or other contact information.]

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

Esta sección dice qué tipos 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, puede apelar. Lea el Capítulo 9, si quiere más información sobre cómo apelar [plan 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 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 a plan partially excludes services excluded by Medicare, it needs not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. The plan may add parenthetical references to the Covered Items and Services Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. The plan 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>. Lea Capítulo 3 [*plan may insert reference, as applicable*] las páginas <page numbers> para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. 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 centro de enfermería, 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 y otras ayudas para visión reducida.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos de venta sin receta médica.
* 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 compartido 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.