Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

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

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

Tabla de contenidos

[A. Sus servicios cubiertos [*insert if the plan has cost sharing:* y losgastos directos de su bolsillo] 2](#_Toc76382404)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc76382405)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 2](#_Toc76382406)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 3](#_Toc76382407)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc76382408)

[E. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 52](#_Toc76382409)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 52](#_Toc76382410)

[F1. Cuidados en hospicio 52](#_Toc76382411)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare ni Medicaid 53](#_Toc76382412)

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

En este capítulo se informa qué servicios cubre <plan name>. [Insert if the plan has cost sharing: También le informa cuánto paga usted por cada servicio.] Además sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. [Insert if applicable: En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.]

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

[Plans with coinsurance, insert: Para algunos servicios, usted pagará un monto llamado “coseguro”. Este es un porcentaje del costo del servicio que usted deberá pagar en el momento en el que lo recibe.]

[Plans with **no** cost sharing for any services described in this chapter, insert: Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.]

Si necesita ayuda para conocer los servicios que están cubiertos, llame al [plans may insert: coordinador de cuidado de salud and/or Servicios al miembro] al <Member Services toll-free number> en los siguientes horarios: <Member Services call center days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <Member Services toll-free TTY phone number>. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

## A1. Durante emergencias de salud pública

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

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

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

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

# Tabla de beneficios de nuestro plan

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

En la Sección D de la Tabla de beneficios se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Se muestran las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Se divide en dos secciones, Servicios generales, que se ofrecen a todos los inscritos, y Servicios con base en el hogar y la comunidad, que se ofrecen a los inscritos que califican a través de un programa de exención de servicios con base en el hogar y la comunidad. [Plans that include an index at the end of the chapter should insert: Para encontrar un servicio en la tabla, también puede usar el índice que se encuentra al final del capítulo.]

**Pagaremos por los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** [Plans that do not have cost sharing, insert: Usted no pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.]

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

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

* [Insert as applicable: La mayoría de **or** Todos] los cuidados preventivos son gratuitos. Usted encontrará esta manzana Apple icon represents preventive services al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Include the following where appropriate: Usted deberá hablar con su proveedor y obtener un referido.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Medicaid requirements. Preventive services must be identified with the apple icon.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans should select only one method of indication, describe it in terms easily understandable by members, make the indication and description prominently visible, and use it consistently throughout the document.)
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Benefits Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart.
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* Plans should include all non-waiver LTSS in the chart in alphabetical order.
* Plans offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:
* *Deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.*
* *Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.*]

# Tabla de beneficios

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

| Servicios que paga nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Acupuntura 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 ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); * no está asociado a ninguna operación, **y** * no está asociado al embarazo.   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.  [*List any additional benefits offered.*] | $0  [*List copays for additional benefits.*] |
|  | Agencia de cuidados de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un médico deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (para que estén cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Servicios sociales y médicos * Equipos y suministros médicos | [List copays.] |
|  | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Ayuda con ciertas afecciones crónicas  [Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),”, which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. If offering SSBCI, plans must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | [List copays.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):   * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * Un monitor de glucosa en sangre * Tiras de prueba para la glucosa en sangre * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para las personas con diabetes que tengan enfermedad de pie diabético grave, el plan cubrirá lo siguiente: * un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, **o** * un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos)   El plan también cubrirá la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o de profundidad.   * En algunos casos, el plan cubrirá educación para ayudarlo a controlar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cirugía como paciente ambulatorio  El plan cubre cirugía como paciente ambulatorio y servicios en centros para pacientes ambulatorios en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | 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:   * El plan cubrirá dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:   * El plan cubrirá dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si consume tabaco y está embarazada:   * El plan cubrirá tres sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for supplemental benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  El plan cubre una visita al año a su proveedor de cuidado primario para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:   * hablarle sobre el uso de la aspirina, * revisar su presión arterial (de la sangre), **o** * darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Consultas anuales de rutina  Si usted lleva en la Parte B de Medicare más de 12 meses, puede hacerse un control anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan lo cubrirá una vez cada 12 meses.  **Nota:** No podrá hacerse el primer control anual en los 12 meses de la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. El plan cubrirá chequeos anuales cuando lleve 12 meses con la Parte B. No es necesario que haya realizado una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |
|  | Cuidado de emergencia  “Cuidado de emergencia” significa servicios que son:   * ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** * necesarios para tratar una emergencia médica.   Una “emergencia médica” es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria, cuya gravedad sea tal que, si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud promedios podría esperar que derivase en:   * riesgos graves para su salud o la del feto; **o** * daños graves a las funciones corporales; **o** * disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** * en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: * No hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes del parto. * El traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   [Also identify whether the plan only covers emergency care within the U.S. and its territories as required or also covers emergency care as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.] | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después que su emergencia se haya estabilizado, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits:(p. ej., usted debe regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red solamente si el plan aprueba su estadía).] |
| Icono de manzana roja  El icono de la manzana indica los servicios preventivos | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Cuidado de la vista  El plan cubre lo siguiente:   * Exámenes de rutina anuales de la vista   + Anteojos (cristales y armazones)   + Armazones limitados a un par en un período de 24 meses * Lentes limitados a un par en un período de 24 meses, pero pueden ser más con aprobación previa si son médicamente necesarios [*plans should insert other language describing the plan’s policy*] * Ojo artificial a medida * Dispositivos para problemas de visión * Lentes de contacto y lentes especiales cuando sean médicamente necesarios, con aprobación previa [*plans should insert other language describing the plan’s policy*]   Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a aprobación previa o criterios médicos.  El plan cubrirá servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. 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.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidado de la vista (continuación)  El plan cubre un examen por año para detectar el glaucoma para las personas con un riesgo alto de tener la enfermedad. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma son:   * personas con una historia familiar de glaucoma, * personas con diabetes, * personas afroamericanas mayores de 50 años, **y** * personas hispanoamericanas mayores de 65 años.   [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. No podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió uno después de la primera cirugía).  [Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses.] |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidado en centros de enfermería (NF) y en centros de enfermería especializada (SNF)  El plan cubrirá los centros de enfermería especializada (SNF) y los centros de atención intermedia (ICF). El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no estén incluidos aquí:   * Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario, mantenimiento y limpieza. * Comidas, incluso comidas especiales, sustitutos de alimentos y suplementos nutricionales. * Servicios de enfermería y de supervisión para residentes. * Servicios médicos. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Fármacos y otros medicamentos disponibles en una farmacia sin receta, que le haya indicado su médico como parte del plan de atención, incluidos los medicamentos de venta libre y su administración. * Equipo médico duradero no personalizado (como sillas de ruedas y andadores). * Artículos de suministros médicos y quirúrgicos (como vendajes, suministros de administración de oxígeno, suministros y equipos para el cuidado bucal, un tanque de oxígeno por residente por mes). * Otros servicios proporcionados por un centro de enfermería de conformidad con los requisitos estatales y federales.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | Cuando sus ingresos excedan el monto del descuento, deberá contribuir al costo de los servicios. Esto se conoce como el monto que paga el paciente y es obligatorio si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no tenga que pagarlo todos los meses.  La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. |
|  | Cuidado en centros de enfermería (NF) y en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)  Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería) * Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o su pareja de hecho al momento de dejar el hospital. |  |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se da para tratar:   * un caso que no sea de emergencia, **o** * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios  El plan cubrirá servicios de salud mental proporcionados por:   * un psiquiatra o médico con licencia del estado, * un psicólogo clínico, * un trabajador social clínico, * un enfermero clínico especializado, * un enfermero con licencia, * un auxiliar médico, * un asesor profesional clínico con licencia, * Centros de Servicios de Salud Mental (CMHC), * Clínicas de Salud Del Comportamiento (BHC), * hospitales, * clínicas con tasas por encuentro, como los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC), **o** * cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado.   El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:   * Servicios clínicos prestados de acuerdo con la dirección de un médico. * Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un practicante autorizado de las artes curativas, como evaluación integrada y planificación del tratamiento, intervención en crisis, terapia y administración de casos. * Servicios de tratamiento de día. * Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, como los servicios de opción clínica tipo A y tipo B.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)  Los servicios específicos que puede brindar cada tipo de proveedor mencionado anteriormente y cualquier control de uso de dichos servicios serán determinados por el plan, de conformidad con las leyes federales y estatales y todas las políticas o los acuerdos aplicables. |  |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados  El plan cubrirá la atención psiquiátrica médicamente necesaria para pacientes hospitalizados en instituciones aprobadas. | $0 |
|  | Cuidados en hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Atención en el hogar, incluidos servicios de auxiliar de salud en el hogar * Servicios de terapia ocupacional, del habla y del lenguaje y fisioterapia para controlar los síntomas * Servicios de orientación   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare son facturados a Medicare:**   * Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.   **Para los servicios cubiertos por <plan name> que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:**   * <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted [insert as appropriate: paga el monto de costo compartido del plan ***or*** no paga nada] por estos servicios.   **Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.   **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir el servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería regulares * Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Análisis de laboratorio * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias * Sangre, incluido el almacenamiento, los hemoderivados y su 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 órganos intestinales/multiviscerales.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Usted deberá obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)  Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para 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.] [Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan cubrirá los siguientes aparatos prostéticos y, posiblemente, otros aparatos que no se han incluido 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)   Además, el plan cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también cubrirá la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plans may insert reference, as applicable]. | $0 |
|  | [Plans that cover durable medical equipment as a Medicaid benefit should modify the following description if necessary.]  Equipos médicos y suministros relacionados  Están cubiertos los siguientes tipos generales de servicios y artículos:   * Suministros médicos no duraderos, como apósitos quirúrgicos, vendajes, jeringas desechables, suministros para incontinencia, suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral. * Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, andadores, camas de hospital con indicación de un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (i.v.), humidificadores, dispositivos generadores de voz y andadores (para obtener una definición de “Equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual) * Dispositivos ortopédicos y protésicos, medias de compresión, plantillas ortopédicas para zapatos, soportes para el arco, plantillas para los pies. * Equipos y suministros respiratorios, como equipos de oxígeno, equipos CPAP y BIPAP. * Reparación de equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos y dispositivos ortopédicos. * Alquiler de equipo médico en circunstancias en las que las necesidades del paciente sean temporales.   Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a aprobación previa o criterios médicos.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Pagaremos por todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario, por el que Medicare y Medicaid usualmente pagan. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted puede preguntar si pueden hacerle un pedido especial.]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Equipos médicos y suministros relacionados (continuación)  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Junto con este Manual del miembro, también le enviamos la lista de equipos médicos duraderos de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores por los que pagaremos también está disponible en nuestra página de internet en <URL>.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico cubierto en la lista de marcas y fabricantes de Medicare y Medicaid. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita esa marca. Pero si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedir una segunda opinión).  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de <plan name>, pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).] |  |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan cubre una sola ecografía de detección para las personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos como paciente ambulatorio  El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo los materiales y suministros que usan los técnicos * Análisis de laboratorio * Sangre, incluidos hemoderivados y su administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan cubrirá consejería para bajar de peso. Usted deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  El plan cubrirá los siguientes servicios:   * Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años * Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores * Un examen clínico de los senos cada 24 meses   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  El plan cubre los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 12 meses   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Exámenes para detectar la depresión  El plan cubrirá una prueba para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento complementario y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Exámenes para detectar la diabetes  El plan cubrirá esta prueba (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:   * Presión arterial alta (hipertensión) * Historial de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) * Obesidad * Historial de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)   En algunos casos, se podrán cubrir estas pruebas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historial de diabetes.  Dependiendo de los resultados de las pruebas, usted podría cumplir con los requisitos para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan cubre 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. Es posible que se cubran otros estudios si su proveedor de cuidado primario lo considera médicamente necesario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Exámenes y consejería para el abuso de alcohol  El plan cubrirá 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 del examen de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, el plan cubre hasta cuatro sesiones de asesoría personales breves cada año (si usted puede y está alerta durante la consejería) con un profesional o proveedor de cuidado primario especializado en un establecimiento de cuidado primario.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta  Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.  Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios de un médico * Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio * Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * Apósitos quirúrgicos * Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), **o** * reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. * Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*Plans that will or expect to use Part B step therapy should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> cubrirá los siguientes medicamentos:   * Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria * Medicamentos que usa junto con equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan * Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán cubiertos si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp o Darbepoetin Alfa) * 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 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.  El Capítulo 5[plans may insert reference, as applicable] explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio. También explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente ambulatorio mediante nuestro plan. |  |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Medición de la masa ósea  El plan paga ciertos procedimientos para aquellos miembros que cumplen con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos.  El plan también cubrirá servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de manzana roja  El icono de la manzana indica los servicios preventivos | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios del programa prevención de diabetes de Medicare (MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de alimentación a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Programas de educación de salud y bienestar  [These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.] | [List copays.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan cubrirá exámenes para detectar 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 (STI). Un proveedor de cuidado primario deberá pedir las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.  También cubrirá hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan las cubrirá como un servicio preventivo, solamente si las proporciona un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Pruebas para detectar cáncer colorrectal  El plan cubre los siguientes servicios:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratoria) cada 48 meses * Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses * Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses * Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en el ADN cada 3 años * Colonoscopía exploratoria * Para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopía de detección (o un enema de bario exploratorio) cada 24 meses. * Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopía de detección cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible).   Es posible que se cubran otros estudios si su proveedor de cuidado primario lo considera médicamente necesario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Pruebas para detectar cáncer de próstata  El plan cubrirá un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para:   * Hombres mayores de 50 años * Hombres afroamericanos mayores de 40 años * Hombres mayores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de manzana roja  El icono de la manzana indica los servicios preventivos | Pruebas para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * tiene entre 55 y 77 años, **y** * tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, **y** * ha fumado al menos 1 paquete al día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años   Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor especializado.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Pruebas para detectar el VIH  El plan pagará por una prueba para detectar 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, el plan pagará hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios ante crisis de salud mental para pacientes ambulatorios (expandido)  Además de los servicios de intervención en caso de crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de crisis médicamente necesarios:   * Respuesta ante crisis móvil (MCR): La MCR es un servicio móvil por tiempo limitado para la reducción, estabilización y restauración al nivel de funcionamiento anterior de síntomas de crisis.   Los servicios de MCR requieren una evaluación presencial mediante un medio de evaluación de crisis aprobado por el estado y pueden incluir: intervención a corto plazo, planificación de seguridad en caso de crisis, consejería breve, consulta con otros proveedores calificados y referido a otros servicios comunitarios de salud mental.  Para acceder a los servicios de MCR, los miembros del plan de salud o las personas preocupadas por un miembro del plan de salud deben llamar a la línea de admisión de crisis del estado, CARES, al 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará un proveedor local a la ubicación del miembro del plan de salud en crisis.   * Estabilización en caso de crisis: Los servicios de estabilización en caso de crisis son apoyos intensivos por tiempo limitado disponibles hasta 30 días después de un evento de MCR para prevenir otras crisis de salud del comportamiento. Estos servicios brindan apoyo basado en las fortalezas de manera individual en el hogar o en la comunidad.   El plan de salud cubrirá los servicios móviles de respuesta ante crisis y estabilización en caso de crisis proporcionados por:   * centros comunitarios de salud mental con certificación del estado para casos de crisis, **o** * clínicas de salud del comportamiento con certificación del estado para casos de crisis. | $0 |
|  | Servicios de afirmación de género  En el caso de los miembros con un diagnóstico de disforia de género, el plan cubre los servicios de afirmación de género. Algunas evaluaciones y servicios están sujetos a requisitos de autorización previa y de referido.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda cuidar de usted.  Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia en otras situaciones deber ser aprobados por el plan.  En los casos que no sean emergencias, el plan podrá pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente ambulatorio  El plan cubrirá los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.  El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios   + Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”.   + Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”.   + Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf). * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos, como entablillados y yesos * Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de hospitalización parcial  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota**: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios.] | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios  El plan cubrirá los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarias en lugares como: * consultorios * centro de cirugía ambulatoria certificado * departamentos de pacientes ambulatorios en un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [insert as applicable: proveedor de cuidado primario **or** especialista], si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud, incluidos [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member). Plans may refer members to their medical coverage policy here].] * Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. [Plans may modify as necessary if benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental bonefits.] * [List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.] * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act:* Algunos servicios de teleasistencia como, por ejemplo, consultas, diagnósticos y tratamientos realizados por un médico o profesional de la salud, para miembros que residen en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus * Servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso * Visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que: * usted no sea un paciente nuevo **y** * la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y** * la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible. * Evaluación del video y/o las imágenes enviadas a su doctor, así como su interpretación y seguimiento por parte de su doctor en las 24 horas siguientes, siempre que: * usted no sea un paciente nuevo **y** * la evaluación no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y** * la evaluación no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible. * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historial clínico electrónico si no es un nuevo paciente   Este beneficio continúa en la página siguiente |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía * Cuidado dental que no sea rutinario. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: * cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, * reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, * extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, **o** * servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [Plans should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  El plan cubrirá 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) * Asesoramiento y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)   * Asesoramiento y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días) * Asesoramiento sobre genética * Suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales con receta médica y que se despachen en una farmacia.   El plan también cubrirá otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá acudir a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada) * Servicios de preservación de la fertilidad * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Pruebas genéticas |  |
|  | Servicios de podiatría  El plan cubrirá los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) * Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de programa de tratamiento con opiáceos (OTP)  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):   * Exámenes y evaluaciones iniciales * Evaluaciones periódicas * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de un médico.  El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca *intensiva*, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en un hospital, con terapeutas independientes, en Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y en otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  El plan cubrirá programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El miembro debe tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios dentales  El plan cubre los siguientes servicios dentales:   * Exámenes limitados e integrales * Restauraciones * Prótesis dentales * Extracciones * Sedación * Emergencias dentales * Servicios dentales necesarios para la salud de la mujer embarazada antes del parto del bebé   [List any plan-covered supplemental benefits offered, such as routine dental care, dental X-rays, and cleanings.] | [List copays.] |
|  | [Plans that cover hearing services as a Medicaid benefit should modify the following description if necessary. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios para la audición  El plan cubre pruebas de audición y de equilibro realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando se la manda un médico, un audiólogo u otro proveedor especializado.  El plan también cubre lo siguiente:   * Pruebas auditivas básicas y avanzadas * Asesoramiento para audífonos * Ajuste/evaluación de audífonos * Audífonos una vez cada tres años * Baterías y accesorios de audífonos * Reparación y reemplazo de piezas de audífonos   [List any additional benefits offered.] | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios por abuso de sustancias  El plan cubrirá servicios por abuso de sustancias prestados por:   * un centro con licencia del estado para el tratamiento para el abuso de sustancias, **u** * hospitales.   El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios por abuso de sustancias médicamente necesarios:   * Servicios para pacientes ambulatorios (grupales o individuales), como evaluación, terapia, control de medicamentos y evaluación psiquiátrica. * Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) para la dependencia de opioides, como la indicación y administración de metadona, control del plan de cuidado y coordinación de otros servicios para trastornos por consumo de sustancias. * Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (grupales o individuales). * Servicios de desintoxicación. * Algunos servicios residenciales, como los servicios de rehabilitación a corto plazo. | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación  [List any plan-covered supplemental benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | [List copays.]  [List copays for supplemental benefits.] |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  El plan cubrirá los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su médico deberá aprobarlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis * Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar * Ciertos servicios de respaldo en el hogar, como las visitas necesarias por personas 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 información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba. | $0 |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:   * Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET * 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario   El programa SET debe ser:   * Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) * En un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico * Proporcionado por personal especializado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD * Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas | $0 |
|  | Terapia de infusión en el hogar  El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea (bajo la piel) en su domicilio. Para poder administrar la terapia de infusión en el hogar se necesitan los siguientes elementos:   * El medicamento o la sustancia biológica como, por ejemplo, un antiviral o una inmunoglobulina; * Equipos como, por ejemplo, una bomba de infusión; **y** * Accesorios como, por ejemplo, tubos o un catéter.   El plan cubrirá, entre otros, los siguientes servicios de infusión en el hogar:   * Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestarán de conformidad con su plan de cuidados; * Formación y educación del miembro todavía no incluidas en el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME); * Telemonitoreo; **y** * Servicios de monitoreo de la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de servicios de terapia de infusión en el hogar.   [List any additional benefits offered.] | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de manzana roja  El icono de la manzana indica los servicios preventivos | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellas que hayan recibido un trasplante de riñón cuando haya sido [insert as appropriate: referido **or** indicado] por su médico.  El plan cubrirá tres horas de servicios de consejería individual durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería individual por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene [insert as appropriate: el referido **or** la orden] de un médico. Un médico deberá prescribir estos servicios y renovar [insert as appropriate: el referido **or** la orden] una vez al año si el tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Transporte que no sea de emergencia  El plan cubrirá el transporte para que viaje hacia o desde sus citas médicas si es un servicio cubierto. Entre los tipos de transporte que no son de emergencia se incluyen:   * Medicare * Ambulancia que no sea para emergencias * Servicio de traslado * Taxi   [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.] | $0 |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Vacunas (inmunizaciones)  El plan cubrirá los siguientes servicios:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias * Vacunas contra la hepatitis B, si existe un riesgo elevado o intermedio de que pueda contraer hepatitis B * Otras vacunas si existe un riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Manzana roja  En la parte izquierda de la tabla hay una manzana roja al lado de los servicios preventivos | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  El plan cubrirá 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” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

| **Servicios con base en el hogar y la comunidad que nuestro plan cubre** | | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- | --- |
|  | Asistente personal  El plan cubre asistencia personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, si es elegible. Esto incluye, por ejemplo:   * Bañarse * Alimentación * Vestimenta * Lavandería | $0 | |
|  | Auxiliar de salud en el hogar  El plan cubre los servicios de un auxiliar de salud en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado (RN) u otro profesional, si es elegible. Los servicios incluyen lo siguiente:   * Cambios de vendajes sencillos * Asistencia con medicamentos * Actividades para apoyar terapias especializadas * Cuidados de rutina de dispositivos ortopédicos y prostéticos | $0 | |
|  | Comidas con envío a domicilio  El plan cubre el envío de comidas preparadas a su hogar, si es elegible. | $0 | |
|  | Cuidados de relevo  El plan cubre los servicios de relevo para brindar alivio a un familiar no remunerado o cuidador principal que cubra todas sus necesidades de servicio, si es elegible. Se aplican ciertas limitaciones. | $0 | |
|  | Equipos y suministros médicos duraderos especializados  Si es elegible, el plan cubre dispositivos, controles o electrodomésticos que le permiten aumentar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o para comprender y controlar el entorno en el que vive o comunicarse con este. Los servicios pueden incluir lo siguiente:   * Elevador Hoyer * Bancos/sillas para duchas * Elevador de escaleras * Barandas para camas | $0 | |
|  | Habilitación, de día  El plan cubre la habilitación de día, que ayuda a mantener o mejorar el cuidado personal, la socialización y las habilidades de adaptación fuera del hogar, si es elegible. | $0 | |
|  | Modificaciones en el hogar  El plan cubre modificaciones en el hogar, si es elegible. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o permitirle ser más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir:   * Rampas * Barandas * Ampliación de puertas | $0 | |
|  | Servicios de día para adultos  El plan cubre actividades de día estructuradas en un programa de atención directa y supervisión, si es elegible. Este servicio:   * Proporciona atención personal * Promueve el bienestar social, físico y emocional | $0 | |
|  | Servicios de enfermería  El plan cubre servicios de enfermería por turnos e intermitentes a cargo de un enfermero registrado (RN) o un enfermero práctico con licencia (LPN), si es elegible. | $0 | |
|  | Servicios de tareas del hogar  El plan cubre los servicios de atención domiciliaria proporcionados en el hogar o en la comunidad, si es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Un trabajador que lo ayuda con la lavandería * Un trabajador que lo ayuda con la limpieza * Capacitación para mejorar las habilidades de la vida en comunidad | $0 | |
|  | Sistema personal de respuesta a emergencias  El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar para obtener ayuda en caso de emergencia, si es elegible. | $0 | |
|  | Terapias  El plan cubre terapia ocupacional y del habla y fisioterapia, si es elegible. Estas terapias se enfocan en las necesidades de habilitación a largo plazo más que en las necesidades de restauración agudas a corto plazo. | $0 | |
|  | Vida asistida  Si es elegible, el Centro de Servicios de Apoyo Residencial ofrece una alternativa a la ubicación en un centro de enfermería. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:   * Asistencia con actividades de la vida diaria * Servicios de enfermería * Cuidado personal * Administración de medicamentos * Servicios de limpieza del hogar * Personal de respuesta/seguridad las 24 horas | $0 | |

# Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

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

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

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

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están a su disposición a través de Medicare [*insert if appropriate*: o Medicaid.]

## F1. Cuidados en hospicio

Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos detallados en esta sección (y en otras partes de este *Manual del miembro*) excepto según las condiciones específicas indicadas. Si cree que debemos cubrir un servicio que no tenga cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

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

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

* Servicios que no se consideran “razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Servicios privados de enfermería.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
* Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Cuotas que se le hayan cargado a un familiar directo o a miembros de su hogar.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para darle la misma forma.
* [Plans should delete this if dental services are supplemental benefits:] Cuidado dental preventivo. Consulte la sección “Servicios dentales” para obtener más información sobre la cobertura dental.
* Cuidado quiropráctico distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* [Plans should delete this if supplemental:] Queratotomía radial y cirugía LASIK.
* Reversión de procedimientos de esterilización.
* 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 VA y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los miembros seguirán siendo responsables de los montos de costos compartidos.