Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite en esos servicios [Insert if the plan has cost sharing: y cuánto usted paga por cada servicio]. También le informa sobre beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. 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, “ver Capítulo 9, Sección A, página 1”. An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*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 Contenido**

[A. Sus servicios cubiertos [*insert if the plan has cost sharing:* y los gastos directos de su bolsillo] 2](#_Toc50109673)

[B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios 2](#_Toc50109674)

[C. La Tabla de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc50109675)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc50109676)

[E. Los beneficios de visitante o viajero de nuestro plan 51](#_Toc50109677)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 51](#_Toc50109678)

[F1. California Community Transitions (CCT) 51](#_Toc50109679)

[F2. Programa dental de Medi-Cal 52](#_Toc50109680)

[F3. Cuidado en hospicio 53](#_Toc50109681)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medi‑Cal 54](#_Toc50109682)

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

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

[Plans with cost sharing, insert: Para poder recibir algunos servicios usted deberá pagar ciertos costos, esto se llama copago. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, $5 dólares) que pagará cada vez que reciba ese servicio. Usted pagará ese copago en el momento en que reciba el servicio médico.]

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

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su [plans may insert: coordinador de cuidado de salud and/orServicios al miembro al <member services number>]. [Plans should replace the term “coordinador de cuidado de salud” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

# B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios

No permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus 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 no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos.** Si esto pasa, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

# C. La Tabla de beneficios de nuestro plan

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

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

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

* Sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, los servicios de salud del comportamiento y uso de sustancias, los servicios y soportes a largo plazo, los suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que es razonable que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado para evitar que usted tenga que ir a un hospital o un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, para prevenir enfermedades o discapacidades significativas, o para aliviar dolor severo.
* [Insert if applicable: Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos por el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.]
* [Insert if applicable: Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo para el cuidado de salud que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud. [Plans that do not require referrals, omit the rest of this paragraph:] En casi todos los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a alguien que no es su PCP o usar otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama referido. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo obtener un referido y los casos en que no es necesario obtenerlo.]
* [Insert if applicable: Usted debe obtener cuidado de proveedores afiliados a grupo médico de su PCP. Lea más información en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].]
* [Insert if applicable: Algunos de los servicios anotados 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 una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota al pie de la página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva].] [Insert if applicable: Además, usted deberá obtener autorización previa para poder recibir los siguientes servicios, que no están incluidos 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 ciertas condiciones crónicas**. Si usted tiene la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con ciertas condiciones médicas, usted puede ser eligible para beneficios adicionales [*insert if applicable*: y/o 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.]

Por favor consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de beneficios para más información.]

* [Insert as applicable: La mayoría **or** Todos] los cuidados preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana Apple icon represents preventive services al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.
* Si usted está adherido a un Plan de cuidados individualizado, es posible que pueda acceder a servicios opcionales (servicios CPO) como, por ejemplo, ayuda extra en casa para usted o su cuidador, ayuda con las comidas, o artículos como rampas y asideros para la ducha. Estos servicios le ayudarán a ser más autónomo e independiente, pero **no** sustituyen a los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) a los que usted puede acceder a través de Medi-Cal. [Estos son algunos de los servicios CPO que ofrecía anteriormente <plan name>: [*insert two examples*].] Si necesita ayuda o quiere saber lo que pueden hacer por usted los servicios CPO, póngase en contacto con su coordinador de cuidado de salud.

[Instructions on completing the benefits chart:

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

# D. Tabla de beneficios

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

| Servicios que paga nuestro plan | | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- | --- |
|  | Acupuntura  Pagaremos hasta dos servicios de acupuntura como paciente externo por mes, o más si es médicamente necesario.  Nosotros también pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:   * hace 12 semanas o más que tiene el dolor; * no es específico (no tiene 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.   Además, nosotros pagaremos 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico al año.  Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Agencias de cuidado de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un doctor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  Vamos a pagar los siguientes servicios, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana.) * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios sociales y médicos * Equipo y suministros médicos | [List copays.] |
|  | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Ayuda con ciertas condiciones crónicas  [Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically III (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.] |
| Icon indicates preventive services. | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  Vamos a pagar 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 enfermedades graves en los pies, vamos a pagar lo siguiente: * Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas), incluyendo ajustes y dos pares adicionales de plantillas, cada año, **o** * Un par de zapatos profundos (hondos), incluyendo ajustes y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) * En algunos casos, vamos a pagar para educarlo para ayudarle a controlar la diabetes. Comuníquese con Servicios al miembro para saber más.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cirugías como paciente externo  Vamos a pagar cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en Centros de Cirugía Ambulatoria. | $0 |
| Icon indicates preventive services. | Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  Si usted usa tabaco, no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco y quiere o tiene que dejar de fumar:   * Vamos a pagar dos sesiones en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted usa tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el uso del tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:   * Vamos a pagar dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de consejería para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted está embarazada, usted puede recibir consejería sin límite para dejar de consumir tabaco con una autorización previa.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for supplemental benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  Pagaremos una visita al año, o más si es médicamente necesario, a su proveedor de cuidado primario para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante la(s) [*insert:* visita *or* visitas], su médico puede:   * Hablarle sobre el uso de la aspirina, * Revisar su presión arterial (de la sangre), **y/o** * Darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | 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. 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 cause:   * Riesgo grave para su salud o la del feto, **o** * Daños graves a las funciones del cuerpo, **o** * Funcionamiento grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, **o** * En el caso de una mujer embarazada, en trabajo de parto activo, 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.   [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 ha sido estabilizada, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits: (por ejemplo: usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía.)]. |
| Icon indicates preventive services. | [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  Vamos a pagar los siguientes servicios:   * Un examen de rutina cada año, **y** * Hasta $100 para anteojos (marcos y lentes) o hasta $100 para lentes de contacto cada dos años.   Vamos a pagar por servicios de un médico para pacientes externos 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.  Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, vamos a pagar un examen de glaucoma por 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 * Personas hispanoamericanas de 65 años o mayores   [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] Vamos a pagar un par de lentes 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 lentes después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de lentes después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de lentes después de la primera cirugía). | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidado de urgencia  El cuidado de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:   * Un caso que no es una emergencia que requiera cuidado médico inmediato, **o** * Una enfermedad inesperada, **o** * Una lesión, **o** * Una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si 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.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  Vamos a pagar los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Habitación semita, o habitación privada si es médicamente necesaria * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, ocupacional y del habla * Medicamentes que recibe como parte de su plan de cuidado médico, incluyendo sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * Suministro médicos y quirúrgicos provistos en centros de enfermería   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)   * Análisis de laboratorio hechos en los centros de enfermería * Radiografías y otros servicios de radiología hechos en los centros de enfermería * Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente son provistas por los centros de enfermería * Servicios médicos   Por lo general usted recibirá su cuidado en un centro de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda obtener cuidado en un centro fuera de la red. Usted puede recibir cuidado de los siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que paga nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca cuidado en un centro de enfermería). * Un centro de enfermería donde su cónyuge está viviendo en el momento que usted sale del hospital |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidado en un centro de enfermería  Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona cuidado a personas que no pueden obtener cuidado en su hogar pero que no necesitan ser internadas en un hospital.  Los servicios que nosotros pagaremos incluyen, pero no se limitan, a lo siguiente:   * Habitación semi-privada (o habitación privada si es médicamente necesaria) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Terapia respiratoria * Los medicamentos que le dan como parte de su plan de cuidado médico. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre.) * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * Suministros médicos y quirúrgicos generalmente provistos por centros de enfermería * Análisis de laboratorio que generalmente hacen los centros de enfermería * Radiografías y otros servicios de radiografía que generalmente hacen los centros de enfermería * Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente son provistas por los centros de enfermería   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Cuidado en un centro de enfermería (continuación)   * Servicios médicos * Equipo médico duradero * Servicios dentales, incluyendo dentaduras postizas * Beneficios de la vista * Exámenes para la audición * Atención quiropráctica * Servicios de podiatría   Por lo general usted recibirá su cuidado en un centro de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda obtener cuidado en un centro fuera de la red. Usted puede recibir cuidado de los siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que paga nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca cuidados en un centro de enfermería). * Un centro de enfermería donde su esposo o esposa está viviendo en el momento que usted sale del hospital. |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes externos  Pagaremos los 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 con licencia * Un asistente médico   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes externos (continuación)   * Cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del Estado   Vamos a pagar los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Servicios clínicos [plans should include any Medi-Cal limitations that apply (e.g., number of visits)] * Tratamientos diarios [plans should include any Medi-Cal limitations that apply (e.g., number of visits)] * Servicios de rehabilitación psicosocial [plans should include any Medi-Cal limitations that apply (e.g., number of visits)] * Hospitalización parcial/Programas ambulatorios intensivos * Evaluación de salud mental y tratamiento individual y de grupo * Pruebas psicológicas cuando esté clínicamente indicado para evaluar el resultado de un tratamiento de salud mental * Servicios ambulatorios para controlar la terapia de medicamentos * Laboratorio ambulatorio, medicamentos, suministros y suplementos * Consulta psiquiátrica   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados  Vamos a pagar los cuidados de salud mental que requieran que usted permanezca en el hospital.   * Si necesita ser internado para recibir servicios en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después de este período, la agencia de salud mental local del condado pagará por los servicios psiquiátricos hospitalarios que sean medicamente necesarios. La autorización para recibir cuidados después de los 190 días será coordinada con la agencia de salud mental local del condado. * El límite de 190 días no se aplica a los pacientes hospitalizados para recibir servicios de salud mental en una unidad psiquiátrica de un hospital general. * Si usted tiene 65 años o más, vamos a pagar por los servicios que recibió en un Instituto de enfermedades mentales (IMD). | $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 esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  Vamos a pagar lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados en el hogar   Este beneficio continúa en la página siguiente | [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 por Medicare.**   * Lea más información en la Sección F.   **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 paga [insert as appropriate: la cantidad de costo compartido del plan **or** nada] por estos servicios.   **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea más información en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].   **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidado de salud 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.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  Vamos a pagar los siguientes servicios y otros servicios medicamente necesarios que no están incluidos aquí:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería regulares * Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Exámenes de laboratorio * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Terapia física, ocupacional y del habla * Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Usted deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia sea estabilizada. |
|  | 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 que se le haga un trasplante. [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o 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.]   * Análisis de sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * Servicios médicos |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Vamos a pagar 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 * Nutrición enteral o parenteral, incluidas las fórmulas nutricionales, la bomba, los tubos y el adaptador, las soluciones y accesorios para inyectarse uno mismo * Marcapasos * Aparatos ortopédicos * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) * Prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa del cuerpo o de la cara que se haya perdido o se haya visto afectada por una enfermedad, traumatismo, o que presente un defecto congénito * Crema y pañales para la incontinencia   Además, el plan pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. También pagaremos la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  Ofrecemos cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Vea los detalles en “Cuidado de la vista” más arriba en esta sección [plans may insert reference, as applicable].  [Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] No vamos a pagar por dispositivos prostéticos dentales. | $0 |
|  | Equipo médico duradero y suministros relacionados  (Para la definición de “equipo médico duradero,” lea el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual.)  Los siguientes artículos están cubiertos:   * Sillas de ruedas * Muletas * Sistemas de camas eléctricas * Colchoneta antiescaras para colchón * Suministros para diabéticos * Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar * Bombas de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) y soporte * Bomba de nutrición enteral y fórmulas nutricionales * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores * Bastón estándar con empuñadura curva, bastón de cuatro patas y repuestos * Equipo de tracción cervical (para puerta) * Estimulador de crecimiento óseo * Equipo de diálisis   Es posible que otros artículos sean cubiertos.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación)  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Nosotros pagaremos por todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario, que Medicare y Medi-Cal generalmente pagan. Si el proveedor en su área no cuenta con la marca o fabricante en particular, usted podría preguntar si podrían hacer un pedido especial para usted.]  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Con este Manual del miembro, le enviamos una 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>.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medi-Cal de las marcas y fabricantes incluidos en la lista. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su doctor u otro proveedor nos indiquen que usted necesita dicha marca. Sin embargo, si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de un equipo médico duradero que no está incluida en nuestra lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debería hablar con su doctor para decidir qué marca es medicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, usted puede pedirle que lo refiera para una segunda opinión.)  Si usted (o su doctor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan usted o su doctor pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su doctor, sobre qué producto o marca es apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].)] |  |
| Icon indicates preventive services. | Examen de aneurisma aórtico abdominal  Pagaremos por única vez una ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan sólo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermera 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 externo  Vamos a pagar los siguientes servicios y otros servicios medicamente necesarios que no están incluidos aquí:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos, y suministros * Suministros quirúrgicos, como apósitos * Entablillados, yesos y otros dispositivos para facturas y dislocamientos * Análisis de laboratorio * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, pagaremos por consejería para para bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlada 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.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes de VIH  Pagamos 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, pagamos hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  Para hombres de 50 años y mayores, vamos a pagar los siguientes servicios cada 12 meses:   * Una prueba rectal digital * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes para controlar la diabetes  Vamos a pagar por este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:   * Presión arterial alta (hipertensión) * Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) * Obesidad * Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)   En algunos casos estas pruebas pueden ser cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes.  Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal  Para las personas de 50 años o más, vamos a pagar 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 * Cribado colorrectal basado en el ADN, cada 3 años * Colonoscopía exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible) * Colonoscopía (o exploración con enema de bario) para personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cada 24 meses   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)  Vamos a pagar por los siguientes servicios:   * Una mamografía inicial de referencia entre las edades de 35 y 39 años * Una mamografía cada doce 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.] |
| Icon indicates preventive services | Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  Vamos a cubrir los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 12 meses * Para las mujeres con alto riesgo de cáncer del cuello del útero o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses * Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses * Para las mujeres de 30-65 años: pruebas del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) o pruebas de Papanicolaou más HPV cada cinco años   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes para detectar la depresión  Vamos a pagar 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 referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  Pagamos un análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  Vamos a pagar 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 proveedor de cuidado primario deberá ordenar las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.  También pagaremos hasta dos sesiones intensivas de consejería 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. Vamos a pagar estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Exámenes y orientación por el abuso de alcohol  Pagamos un examen para establecer el abuso de alcohol (SBIRT) en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.  Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá 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 calificado o un médico en un lugar de atención de cuidados primarios.  [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 estadía como paciente hospitalizado no es razonable y medicamente necesaria, el plan no la pagará.  Sin embargo, en ciertos casos en los que el ingreso hospitalario no esté cubierto, sí podremos pagar por los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. Comuníquese con Servicios al miembro para saber más.  Vamos a pagarlos siguientes servicios y, posiblemente, otros que no están 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 * Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos * 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 * Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*Plans that will or expect to use Part B step therapy should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> pagará los siguientes medicamentos:   * Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios como paciente externo de un hospital o de un Centro de Cirugía Ambulatoria * Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por 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 pagados, 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 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.  El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan. |  |
| Icon indicates preventive services. | Medición de la masa ósea (de los huesos)  Pagamos ciertos procedimientos para los miembros elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos.  Pagaremos estos servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos por un médico que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| 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 |
|  | [Plan must change Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) to the term Planificación y administración de cuidado (CPM), if the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care. If MSSP is changed to CPM, this benefit should be re-alphabetized in the chart.]  Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP)  MSSP es un programa de administración de casos que provee Servicios con base en el hogar y en la comunidad (HCBS) a personas elegibles para Medi-Cal.  Para ser elegible, usted debe tener 65 años o más, vivir dentro del área de servicio del sitio, poder recibir servicios dentro de las limitaciones de costos de MSSP, ser elegible para recibir servicios de administración de cuidados, ser elegible actualmente para Medi-Cal, y ser certificado o certificable para ser internado en un centro de enfermería.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) (continuación)  Los servicios de MSSP incluyen:   * Guardería para adultos / Centro de soporte * Asistencia en el hogar * Asistencia para el cuidado personal y asistencia diaria * Supervisión de protección * Administración de cuidados * Respiro * Transporte * Servicios de comidas * Servicios sociales * Servicios de comunicación   Este beneficio está cubierto por un máximo de $5,356.25 por año. |  |
| Icon indicates preventive services. | Programas de educación de salud y bienestar  Ofrecemos programas que se enfocan en ciertos problemas de salud. Estos incluyen:   * Clases de Educación de la salud, * Clases de Educación de nutrición, * Clases para dejar de fumar y usar tabaco, **y** * Línea de enfermería   [List any additional benefits offered.] | [List copays.] |
| 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 55-80 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 |
|  | Servicios como paciente externo para evitar el abuso de sustancias  Vamos a pagar los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Detección y consejería para el abuso de alcohol * Tratamiento para el abuso de sustancias * Consejería de grupo o individual por un médico calificado * Desintoxicación subaguda en un programa residencial para la adicción * Servicios de alcohol y/o drogas en un centro ambulatorio de tratamiento intensivo * Tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada   [List any additional benefits offered.] | [List copays.] |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle.  Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por nosotros.  En aquellos casos que no sean emergencias, nosotros podríamos pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, llevarle a algún lugar de cuidados por otros medios podría poner en riesgo su vida o su salud. | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo  Pagamos 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, como:   * Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos como cirugía ambulatoria 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 médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos, como entablillados y yesos * Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de hospitalización parcial  La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Es ofrecido en un ambiente hospitalario a pacientes externos o por un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su doctor o de su terapista. Además, evita que usted tenga que permanecer en el hospital.  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota:** Debido a que en nuestra red no existen centros de salud mental comunitarios, nosotros cubriremos únicamente la hospitalización parcial en un ambiente hospitalario como paciente externo.] | $0 |
|  | Servicios de médico/proveedor, incluyendo consultas en consultorios  Vamos a pagar por los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: * Un consultorio médico * Un centro quirúrgico ambulatorio certificado * Un departamento de pacientes externos de 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 ordena para ver si usted necesita tratamiento * Breves chequeos virtuales   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de médico/proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación)   * 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:* Determinados servicios de telesalud adicionales, incluidos aquellos para [*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 member*] * 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. * [*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 * Cuidado dental que no sea de rutina. 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 neoplástico * 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 doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  Vamos a pagar los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar * Métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos (IUD), implantes, inyecciones, píldoras, parches o diafragmas) * Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) * Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Consejería, exámenes y tratamiento por infecciones de transmisión sexual (STI) * Consejería, exámenes y tratamiento para VIH y el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Anticoncepción permanente (Usted debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Usted debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización, por lo menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía.) * Consulta sobre genética   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays.] |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)  El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * Tratamiento médico para casos de infertilidad (Este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada.) * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Exámenes genéticos |  |
|  | Servicios de podiatría  Vamos a pagar por 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 rehabilitación cardíaca (del corazón)  Pagaremos servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de un médico.  También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente externo  Vamos a pagar la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y de otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  Vamos a pagar por programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Usted debe tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  Vamos a pagar los servicios respiratorios para pacientes dependientes de un respirador artificial.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | 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 other medically necessary treatment or additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios dentales  Ciertos servicios dentales, incluyendo limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través de Programa dental de Medi-Cal. Lea más información en la Sección F. Para más información sobre este beneficio.  [List any additional benefits offered.] | [If plan offers supplemental benefit, the maximum copay amount is $10] |
|  | Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS)  CBAS es una institución que ofrece un programa de servicios ambulatorios. Las personas participan en este programa de acuerdo a sus horarios. El programa ofrece cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluyendo terapia ocupacional, física y del habla), cuidado personal, soporte y entrenamiento para la familia/persona que cuida al paciente, servicios de nutrición, transporte, y otros servicios. Vamos a pagar por CBAS si usted cumple con los criterios de elegibilidad.  **Nota:** Si no hay una institución CBAS disponible, podemos ofrecerle estos servicios por separado. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios para la audición  Pagaremos las pruebas de audición y de equilibro, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  Si usted está embarazada o vive en un centro de enfermería, también pagaremos por audífonos, incluyendo:   * Moldes, suministros e insertos * Reparaciones que cuesten más de $25 por reparación * Baterías originales * Seis visitas para recibir entrenamiento, ajustes y montaje del audífono con el mismo proveedor después de que obtenga los audífonos * Renta de audífonos por un período de prueba | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios quiroprácticos  Vamos a pagar los siguientes servicios:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.   [List any Medi-Cal or plan-covered supplemental benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | [List copays.]  [List copays for supplemental benefits.] |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  Vamos a pagar los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su doctor deberá darle un referido. Vamos a cubrir hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * Tratamientos de diálisis como paciente externo, 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 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.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (continuación)  Sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, lea “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla. |  |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés)  El plan pagará la SET para los miembros 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 | $0 |
|  | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas 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: referido **or** ordenado] por su médico.  Vamos a pagar por tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare). Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.  Después de eso, nosotros pagaremos 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 [insert as appropriate: el referido **or** la orden] de un doctor. Un doctor deberá prescribir estos servicios y renovar [insert as appropriate: el referido **or** la orden] una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Transporte médico en casos de no emergencia  Este beneficio permite los servicios de transportación más costo efectivos y accesibles. Los mismos pueden incluir: una ambulancia, un automóvil de pasajeros, una van de transporte de sillas de rueda, y/o coordinación del transporte.  Estas formas de transporte serán autorizadas cuando:   * Su condición médica y/o física, no le permita viajar en autobús, carros de pasajeros, taxi, o alguna otra forma de transporte, y sea público o privado, **y** * La transportación es requerida para la obtención de servicios médicos necesarios.   Dependiendo del servicio, una autorización previa podría ser requerida.  [Plans should include instructions on how member can get this service.] | [List copays.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Transporte no-médico  Este beneficio cubre el transporte para servicios médicos en auto, taxi u otras formas de transporte público/privado.  Este beneficio no limita su beneficio de transporte en casos de no emergencia.  [Plans should include instructions on how members can get this service.] | [List copays.] |
|  | Vacunas (inmunizaciones)  Vamos a pagar los siguientes servicios:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez 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 en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   Vamos a pagar 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.  También pagamos todas las vacunas para adultos, como recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| Icon indicates preventive services. | Visita anual para el cuidado de su salud  Usted puede recibir un examen anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. Nosotros pagaremos esta visita una vez cada 12 meses.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icon indicates preventive services. | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  Vamos a cubrir 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 |

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

[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 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.]

# F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

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

## F1. California Community Transitions (CCT)

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

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

Por servicios de coordinación de transición de CCT

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

Por servicios sin relación con su transición de CCT

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

<Plan name> pagará por los servicios anotados en la Tabla de beneficios de la Sección D de este capítulo mientras usted recibe servicios de coordinación previos a la transición de CCT.

No hay cambios en el beneficio de medicamentos de <plan name>:

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

**Nota:** Si usted necesita cuidado de transición que fuera de CCT, deberá llamar a su coordinador de cuidado de salud para hacer los arreglos para esos servicios. Los servicios fuera de CCT son los servicios que no tienen relación con su transición de una institución. [Plans should replace the term “coordinador de cuidado de salud” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

## F2. Programa dental de Medi-Cal

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

* Exámenes iniciales, rayos X, limpiezas, y tratamientos con fluoruro
* Restauraciones y coronas
* Terapia de endodoncia
* Dentaduras, reparaciones y recubrimientos

Los beneficios dentales están disponibles del Programa dental de Medi-Cal con pago por servicio. Si quiere más información o si quiere ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa dental de Medi-Cal, por favor comuníquese con la línea de Servicios al cliente del Programa dental de Medi-Cal, al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en  [[dental.dhcs.ca.gov/](https://urldefense.com/v3/__https:/dental.dhcs.ca.gov/__;!!May37g!eKawq9Rouo3HDoMsWVwUour61Ku2LWwxkIykndDMo5jOhuVlFPpunMGiMf1GdG4UkQ$)](http://www.denti-cal.ca.gov/), para encontrar más información.

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

[Plans that offer supplemental dental benefits insert: **Nota:** <Plan name> ofrece servicios dentales adicionales. Lea más información en la tabla de beneficios de la Sección D de este capítulo.]

## F3. Cuidado 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 que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico de su hospicio puede ser un proveedor de la red o u proveedor fuera de la red.

Lea en la Tabla de beneficios de la Sección D de este capítulo más información sobre lo que <plan name> paga mientras usted esté recibiendo servicios de cuidado en un hospicio.

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 de hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios de hospicio en relación 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 le 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.

Por 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 más información en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

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

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

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no pagará por esos beneficios. Medicare ni Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

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

No pagaremos por los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*). Excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Lea el Capítulo 9, si quiere información sobre cómo apelar [plans may insert reference, as applicable].

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

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

* Los servicios considerados como “no razonables y medicamente necesarios” según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea 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 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.
* Servicios privados de enfermería.
* Elementos personales en su habitación o en un centro de enfermería, como un teléfono o televisión.
* Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
* Los honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Comidas enviadas a 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, pagaremos 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.
* Cuidado de los pies de rutina, excepto a los que se describe en servicios de Podiatría en la Sección D de la Tabla de beneficios.
* Zapatos ortopédicos, a menos que estos sean parte de una prótesis de una pierna y estén incluidos en el costo de la prótesis, o si los zapatos son para una persona diabética con enfermedad en el pie.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas diabéticas con enfermedad en el pie.
* [Plans should delete this if supplemental:] Exámenes regulares del oído, audífonos o exámenes para ajustar un audífono.
* [Plans should delete this if supplemental:] Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otra ayuda para la visión baja.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anti-conceptivos 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 del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted seguirá siendo responsable por las cantidades de costos compartidos