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 los 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](#_Toc47952241)

[B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios 2](#_Toc47952242)

[C. La Tabla de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc47952243)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc47952244)

[E. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 54](#_Toc47952245)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 54](#_Toc47952246)

[F1. Cuidado en hospicio 54](#_Toc47952247)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medicaid 55](#_Toc47952248)

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

En este capítulo se explica cuáles servicios cubre <plan name>. [Insert if the plan has cost sharing: También dice cuánto paga 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 coinsurance, insert: Para algunos servicios a usted se le cobrará una cantidad llamada coseguro. Éste es un porcentaje del costo del servicio que usted deberá pagar en el momento de recibirlo.]

[Plans with **no** cost sharing for any services described in this chapter, insert: Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, 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/or Servicios al miembro] al <Member Services toll-free number> de <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.]

# 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.

# 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 de la Sección D se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Allí encontrará listas de categorías de servicios por orden alfabético y explicación sobre cuáles servicios están cubiertos. Esta tabla está dividido en dos secciones; los Servicios generales que se ofrecen a todos los miembros y los Servicios en el hogar y la comunidad ofrecidos a los miembros que son elegibles a través de un programa para recibir servicios 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 de Medicare y Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, 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. Esto incluye cuidado para evitar que usted ingrese en un hospital o un hogar para personas de la tercera edad. Esto también significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica o que son necesarios según las reglas actuales de cobertura de Medicare o de 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 su plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá 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 alguién que no sea su PCP o usar a 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: 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 de beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas**. Si usted tiene una la(s) siguente(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 a la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de beneficios para más información.]

* [Insert as applicable: La mayoría de **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.

[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 se 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 y artículos 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 se pagan por 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 una causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); * no está asociado a una operación; y * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*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 Medicaid 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.  El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar, no deben sumar juntos más 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.] |
|  | Atención en centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) y en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)  Usted normalmente recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente pueda recibir su cuidado de un centro fuera de la red. Usted puede obtener su cuidado de los siguientes lugares, si ellos aceptan las cantidades pagadas por nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o comunidad de jubilados con cuidado continuo, donde usted haya vivido anteriormente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcionen cuidados en un centro de enfermería) * Un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento de dejar el hospital. |  |
|  | [If this benefit is not applicable, plan should delete this row.]  **Ayuda con ciertas condiciones crónicas**  [Plan that offers 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.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (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, 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 (hondos) 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 profundos.   * En algunos casos, el plan cubre educación para ayudarle a controlar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cirugías como paciente externo  El plan cubrirá cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en Centros de Cirugía Ambulatoria. | $0 |
| La manzana roja indica 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 le cubrirá dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de consejería para intentar 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:   * El plan le cubrirá 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 usa tabaco y está embarazada:   * El plan cubrirá tres sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de usar tabaco. Este servicio es gratuito. Cada sesión de consejería para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  El plan cubre una visita al año a su proveedor de cuidado primario para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:   * hablarle sobre el uso de la aspirina, * revisar su presión arterial (de la sangre), **o** * darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $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 embarazada en trabajo de parto, cuando: * no hay tiempo suficiente para transportarle a usted 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: (e.g. usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía)]. |
| Apple 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  El plan cubre lo siguiente:   * Exámenes de rutina anuales de la vista * Anteojos (lentes y marcos) * Marcos con un límite de un par por un periodo de 24 meses * Lentes, con un límite de un par en un período de 24 meses, pero usted puede obtener más cuando sea médicamente necesario, con aprobación previa [plans should insert other language describing the plan’s policy] * Un ojo artificial hecho a la medida * Aparatos en los casos de poca visión * Lentes de contacto y lentes especiales, sólo cuando sean medicamente necesarios y con aprobación previa [plans should insert other language describing the plan’s policy]   Para ser elegible para recibir el reembolso, algunos servicios podrían estar sujetos a autorización previa y/o cumplir con ciertos criterios médicos.  El plan cubrirá 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.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidado de la vista (continuación)  Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan cubrirá 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, **y** * personas hispanoamericanas de 65 años y mayores.   [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan cubrirá 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 no recibió un par de lentes 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, por sus siglas en inglés)  El plan cubrirá centros de enfermería especializada (SNF) e instituciones de cuidado intermedio (ICF, por sus siglas en inglés). El plan pagará los siguientes servicios y otros que posiblemente no estén anotados aquí:   * Una habitación semi-privada o habitación privada si es médicamente necesaria, mantenimiento y limpieza. * Alimentos, incluyendo alimentos especiales, sustitutos alimenticios y suplementos nutricionales * Servicios de enfermería y supervisión o vigilancia residencial * Servicios de un médico * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos y otros disponibles a través de una farmacia y de venta sin receta médica, ordenados por su médico como parte de su plan de cuidado, incluyendo medicamentos de venta sin receta médica y su administración * Equipo médico duradero sin adaptaciones personalizadas (como sillas de ruedas y andaderas). * Artículos de suministro médico y quirúrgico (como vendajes, suministros de administración de oxígeno, suministros y equipo para cuidado oral, un tanque de oxígeno por residente por mes) * Servicios adicionales, proporcionados por un centro de enfermería, en cumplimiento de los requisitos del estado y federales.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | Cuando sus ingresos excedan la cantidad permitida, usted deberá contribuir hacia el costo de los servicios. Esto se llama “cantidad de pago del paciente” y se requiere si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, posiblemente usted no tenga que pagar una cantidad cada mes.  La responsabilidad del 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, por sus siglas en inglés) (continuación)  Usted normalmente recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente pueda recibir su cuidado de una institución fuera de la red. Usted puede obtener su cuidado de los siguientes lugares, si ellos aceptan las cantidades pagadas por nuestro plan:   * Un hogar para personas mayores o comunidad de jubilados con cuidado continuo, donde usted haya vivido anteriormente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcionen cuidados de hogar para personas mayores) * Una institución de enfermería donde viva su cónyuge al momento de dejar el hospital. |  |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:   * un caso que no es una emergencia, **o** * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  [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 externos  El plan cubrirá 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, * un terapeuta clínico profesional autorizado * Centros comunitarios de salud mental (CMHCs), * Clínicas de salud conductual (BHC, por sus siglas en inglés),   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes externos (continuación)   * hospitales, * clínicas de evaluación como los Centros de salud certificados por el gobierno federal (FQHCs).   El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes externos:   * Servicios clínicos proporcionados bajo la dirección de un médico * Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o por un profesional de las artes curativas con licencia, como la evaluación integrada y planificación de tratamientos, intervención en crisis, terapia y administración de casos * Servicios de tratamiento diarios * Servicios hospitalarios para pacientes externos, como los servicios de Opción Clínica Tipo A y B   Los servicios específicos que cada tipo de proveedor en la lista anterior puede proporcionar y los controles de utilización de dichos servicios deberán ser determinados por el plan según las leyes federales y estatales y todas las políticas y/o acuerdos aplicables. |  |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados  El plan cubrirá cuidados psiquiátricos médicamente necesarios 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 hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan cubrirá lo siguiente mientras usted recibe servicios en hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados en el hogar, incluyendo servicios de auxiliar de salud en el hogar * Servicios de terapia ocupacional, física y del habla para controlar los síntomas * Servicios de consejería   **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare son facturados a Medicare:**   * Lea más información en la sección F de este capítulo.   **Para los servicios cubiertos por <plan name>, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:**   * <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted [insert as appropriate: paga la cantidad de costo compartido del plan **or** nada] por estos servicios.   **Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>.**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].   Este beneficio continúa en la página siguiente | [List copays.] |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **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.]  El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Habitación semi-privada (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   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 esté bajo control. |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)   * 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 * Análisis de sangre, incluyendo su almacenamiento, componentes de la sangre y administración de los mismos * Servicios médicos * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales.   Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante.[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 han sido incluidos aquí:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * Marcapasos * Aparatos ortopédicos * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)   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. Vea la sección de arriba para más información sobre el “Cuidado de la vista” [plans may insert reference, as applicable]. | $0 |
|  | [Plans that cover durable medical equipment as a Medicaid benefit should modify the following description if necessary.]  Equipo médico y suministros relacionados  Los siguientes tipos de servicios generales y suministros están cubiertos:   * Suministros médicos no duraderos, como apósitos quirúrgicos, vendajes, jeringas desechables, suministros para la incontinencia, suministros de ostomía y para terapia de nutrición por sonda (enteral) * Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, camas de hospital, bombas de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés), humidificadores, equipos generadores de indicaciones verbales, y andadores (para ver una definición de “equipo médico duradero”, lea el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual) * Dispositivos ortésicos (como plantillas), medias de descanso, órtesis para zapatos, soportes para el arco del pie y elementos para insertar en los zapatos * Equipos y suministros para la respiración, como equipo de oxígeno y equipo CPAP y BIPAP. * Reparación de equipo médico duradero, aparatos prostéticos y ortóticos. * Alquiler de equipo médico en los casos en que las necesidades de los pacientes sean temporales.   Para ser elegible para recibir un reembolso por ciertos servicios, podría requerirse la aprobación previa y/o el cumplimiento de ciertos criterios médicos.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List copays.] |
|  | Equipo médico 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 médicamente necesario que Medicare y Medicaid generalmente pagan. Si el proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, usted podría preguntar si podrían hacer un pedido especial para usted.]  [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 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 Medicaid 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 equipo médico duradero 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 doctor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su doctor, 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 doctor 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, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable])]. |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan cubrirá una 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  El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos y suministros * Análisis de laboratorio * Sangre, componentes de la sangre y la administración de los mismos. * Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan cubrirá consejería 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 personal para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes de VIH  El plan pagará por un examen de evaluación de VIH cada 12 meses, para las personas que:   * soliciten una prueba de VIH, **o** * tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH.   Para las mujeres embarazadas, el plan pagará hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  El plan cubrirá un examen de tacto rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) cada doce meses para:   * Hombres de 50 años y mayores * Hombres afroamericanos de 40 años y mayores * Hombres de 40 años y mayores que tengan una historia familiar de cáncer de próstata.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para controlar la diabetes  El plan cubrirá 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.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el 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 o como médicamente necesario * Cribado colorrectal basado en el ADN cada 3 años * Colonoscopía exploratoria * Para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopía exploratoria (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 exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible).   Otros exámenes adicionales podrían estar cubiertos, si su proveedor de cuidado primario lo considera médicamente necesario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)  El plan cubrirá 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.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  El plan cubre los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos cada 12 meses.   [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar la depresión  El plan cubre 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.] |
| La manzana roja indica 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. Otras pruebas adicionales podrían ser cubiertas si su proveedor de cuidado primario lo considera médicamente necesario.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan cubrirá 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.  El plan también cubrirá 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 El plan cubrirá 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 Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Exámenes y orientación por el abuso de alcohol  El plan cubre un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.  Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá hasta cuatro sesiones de consejería breves, en persona, una vez al año (si usted está alerta y 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 especializado de enfermería (SNF) durante una hospitalización no cubierta  Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el plan no pagará por ella.  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 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 o luxaciones * Dispositivos ortopédicosóticos 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> 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 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 erythropoiesis [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. |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Medición de la masa ósea (de los huesos)  El plan cubre 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.  El plan también cubrirá servicios una vez cada 24 horas 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.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de dieta a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | [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.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Pruebas de detección del cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * Tiene 55-77 años, **y** * Tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** * Ha fumado al menos 1 atado al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón **o** fuma ahora **o** dejó de fumar en los últimos 15 años.   Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.  [*List any additional benefits offered.*] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | **Servicios de afirmación de género**  El plan cubre los servicios de afirmación de genero para miembros con un diagnóstico de disforia de género. Algunas pruebas y servicios están sujetas 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 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 vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por el plan.  En aquellos casos que no sean emergencias, el plan podría 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 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de crisis de salud mental para pacientes externos (ampliación)  Además de primeros auxilios en situaciones de crisis, el plan cubre los siguientes servicios médicamente necesarios en los siguientes casos:   * Servicio móvil de primeros auxilios (MCR, por sus siglas en inglés) MCR es un servicio móvil de primeros auxilios de duración limitada cuya función es reducir la sintomatología, estabilizar al paciente y restablecer los niveles de funcionamiento.   Los servicios MCR incluyen una evaluación del paciente mediante herramientas homologadas como la intervención a corto plazo, la planificación de la seguridad del paciente en crisis, la terapia breve, la consulta a otros proveedores cualificados y la derivación a otros servicios de salud mental de la comunidad.  Para acceder a los servicios MCR, los miembros del plan de salud o la persona que se preocupe por ellos, debe llamar al teléfono de atención de casos de crisis del estado (CARES) 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará un proveedor local al lugar donde se encuentre el miembro del plan de salud que necesita asistencia.   * Estabilización de crisis: Con el fin de prevenir nuevas crisis de salud conductual, los servicios de estabilización ofrecen un soporte intensivo con una duración limitada de hasta 30 días a contar a partir de la fecha en que se produjo el episodio de crisis. Asimismo, trabajan con los puntos fuertes de los pacientes y les ofrecen atención personal en su domicilio o comunidad.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de crisis de salud mental para pacientes externos (ampliación) (continuación)  El plan de salud cubre los servicios móviles de primeros auxilios, así como de estabilización de pacientes en crisis, ofrecidos por:   * Centros de salud mental de la comunidad certificados por el estado para el tratamiento de pacientes en crisis **o** * Centros de salud conductual certificados por el estado para el tratamiento de pacientes en crisis |  |
|  | Servicios de hospital como paciente externo  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 externos de un hospital.  El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como cirugía ambulatoria o servicios de observación   + Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”.   + Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente externo”.   + Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o externos en esta hoja informativa: [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf) * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de hospital como paciente externo (continuación)   * 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.] |  |
|  | [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 un servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante 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: 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, incluyendo consultas en consultorios  El plan cubrirá los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: * Un consultorio médico * Un Centro de Cirugía Ambulatoria certificado * Una clínica de pacientes externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [*insert as applicable:* proveedor de cuidado primario***or*** especialista], si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento * Breves chequeos virtuales * Evaluación remota de imágenes y/o videos pregrabados * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un nuevo paciente * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: 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]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación)   * 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, **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 doctor, 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) * Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STIs), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STIs) * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días). * Consulta sobre genética. * Suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales recetadas por un médico y suministradas por una farmacia.   Este beneficio continúa en la página siguiente | [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. * 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 rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con un [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 externo  El plan cubre terapia física, ocupacional y del habla.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORFs) y de otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  El plan cubrirá programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El miembro deberá tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés).  [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 additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios dentales  El plan cubre los siguientes servicios dentales:   * Exámenes limitados y completos * Restauraciones * Dentaduras postizas * Extracciones * Sedantes * Emergencias dentales * Servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes que el bebé nazca.   [List any plan-covered supplemental benefits offered, such as routine dental care, dental X-rays, and cleanings.] | [List copays.] |
|  | Servicios para evitar el abuso de sustancias  El plan cubrirá los siguientes serviciosprestados por:   * Una facilidad licenciada por el estado para el tratamiento del abuso de sustancias, **u** * Hospitales   El plan cubrirá los siguientes servicios médicamente necesarios para evitar el abuso de sustancias:   * Servicios como paciente externo (en grupo o individual), tales como evaluaciones, terapias, monitoreo de medicamentos, y una evaluación psiquiátrica de diagnóstico, * Tratamiento Asistido con Farmacos (MAT por sus siglas en inglés) para la dependencia de opiodes, tales como ordenar y administrar metadona, manejar el plan de cuidado, y coordinar otros servicios relacionados a desordenes de uso de sustancias;   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios para evitar el abuso de sustancias (continuación)   * Servicios intensivos como paciente externo (en grupo o individual) * Servicios de desintoxicación, **y** * Algunos servicios residenciales, como Servicios de Rehabilitación a corto plazo. |  |
|  | **Servicios para la afirmación de género**  Para los miembros con un diagnóstico de disforia de género, el plan cubre servicios para la afirmación de género. Algunos exámenes y servicios están sujetos a los requerimientos de autorizaciones previas y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | [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 mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  El plan también cubre lo siguiente:   * Pruebas de audición básica y avanzadas * Consejería sobre el uso de audífonos * Evaluación y adaptación de un audífono * Audífonos cada tres años * Baterías y accesorios para los audífonos * Reparación y reemplazo de partes de los audífonos   [List any additional benefits offered.] | [List copays.]  [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 decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su doctor deberá darle un referido. El plan cubrirá 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** |  |
|  | 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) [*insert if applicable:* sintomática 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 |
| Apple icon indicates preventive services. | 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: autorizado **or** ordenado] por su médico.  El plan cubrirá 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). Después de eso, nosotros cubriremos 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.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | **Transporte en casos de no emergencia**  El plan cubrirá el transporte para que usted viaje hasta o desde sus citas médicas, si este es un servicio cubierto. Los tipos de transporte para casos que no sean de emergencia incluyen:   * Medicare * Ambulancia no urgente * Automóvil * Taxi   [*Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.*] | $0 |
| La manzana roja indica 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 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   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.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Visita anual para el cuidado de su salud  Si usted ha estado inscrito en la Parte B de Medicare por más de 12 meses, usted podrá recibir un examen anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá esta visita una vez cada 12 meses.  Nota: Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le cubrirán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |
| La manzana roja indica 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” 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 |

| Servicios en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Alimentos llevados al hogar  Si usted es elegible, el plan cubrirá la preparación de alimentos que serán llevados a su hogar. | $0 |
|  | Auxiliar de salud en el hogar  Si usted es elegible, el plan cubrirá servicios de auxiliar de salud en el hogar, bajo la supervisión de una enfermera registrada (RN) o de otro profesional. Los servicios pueden incluir lo siguiente:   * Cambios de vendajes sencillos * Ayuda con los medicamentos * Actividades para respaldar terapias calificadas * Cuidado de rutina de aparatos prostéticos y ortésicos | $0 |
|  | Ayudante personal  El plan cubrirá un ayudante personal para que le ayude con las actividades de la vida diaria, si usted es elegible. Esto incluye, por ejemplo:   * Bañarse * Alimentarse * Vestirse * Lavar la ropa | $0 |
|  | **Equipo médico duradero especializado y suministros**  Si usted es elegible, el plan cubrirá mecanismos, controles o aparatos que le permitan incrementar su capacidad de desempeñar actividades de la vida diaria o de percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el cual usted vive. Los servicios podrían incluir:   * Un elevador Hoyer * Bancas o sillas para el baño * Elevador para las escaleras * Barandas para la cama | $0 |
|  | Habilitación diaria  Si usted es elegible, el plan cubrirá servicios de vivienda diaria, mediante la cual se le proporcionará ayuda para mantener o mejorar su capacidad de ayudarse a sí mismo, de socialización y sus destrezas de adaptación fuera del hogar. | $0 |
|  | Modificaciones en el hogar  Si usted es elegible, el plan cubrirá modificaciones en su hogar. Estas deben ser diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad o para que viva más independientemente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:   * Rampas * Barandas para sostenerse * Ampliación de entradas | $0 |
|  | Servicios de cuidado en el hogar  El plan cubrirá los servicios de cuidado en el hogar proporcionados en su hogar o comunidad, si usted es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente**:**   * Una persona para ayudarle con el lavado de su ropa * Una persona para ayudarle con la limpieza * Entrenamiento para mejorar sus destrezas para vivir en su comunidad | $0 |
|  | Servicios de cuidado para dar un respiro  Si usted es elegible, el plan cubrirá servicios para darle un respiro o proporcionarle alivio a un miembro de la familia que no recibe pago o a un encargado de cuidado primario que se encarga de atender todas sus necesidades. Ciertas limitaciones son aplicables. | $0 |
|  | Servicios de enfermería  Si usted califica, el plan cubrirá servicios de enfermería con horarios definidos e intermitentes ofrecidos por enfermeras registradas (RN) o enfermeras practicantes certificadas (LPN) | $0 |
|  | Servicios diarios para adultos  Si usted es elegible, el plan cubrirá actividades diarias estructuradas en un programa de cuidado directo y supervisión. Este servicio:   * Proporciona atención personal * Fomenta el bienestar social, físico y emocional | $0 |
|  | Sistema de respuesta a emergencias personales  Si usted es elegible, el plan cubrirá un aparato electrónico en el hogar que le asegure recibir ayuda en una emergencia. | $0 |
|  | **Terapias**  El plan cubrirá terapia ocupacional física y del lenguaje, si usted es elegible. Estas terapias se concentran en necesidades rehabilitadoras a largo plazo en vez de concentrarse en restablecer necesidades urgentes a corto plazo. | $0 |
|  | Vivienda asistida  Si usted es elegible, vivir en un lugar con asistencia ofrece una alternativa a residir en un centro de enfermería especializada. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:   * Asistencia con las actividades de la vida diaria * Servicios de enfermería * Cuidado personal * Administración de medicamentos * Tareas del hogar * Personal de respuesta y 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 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 disponibles a través de Medicare [insert if appropriate: o Medicaid].

## F1. Cuidado en hospicio

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

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

**Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico médico terminal:**

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

**Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su enfermedad terminal (excepto por el cuidado de emergencia o el cuidado necesario de urgencia):**

* El proveedor le cobrará 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 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 por nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su 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.]

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

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no pagará por esos 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, sólo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las condiciones específicas anotadas. 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 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 or are required to be covered by Medicaid or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

* Los servicios considerados como “no 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. Lea en 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 en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.
* Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Los honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
* [Plans should delete this if dental services are supplemental benefits:] Cuidado dental preventivo. Consulte el tema de 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 Asuntos de veteranos (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 las cantidades de costos compartidos.