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, "see Chapter 9, Section A, page 1."An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Tabla de Contenido

[A. Sus servicios cubiertos 2](#_Toc50479828)

[B. Reglas contra los proveedores cobrándole por sus servicios 2](#_Toc50479829)

[C. La tabla de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc50479830)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc50479831)

[E. Los beneficios de visitante o viajero de nuestro plan 53](#_Toc50479832)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 53](#_Toc50479833)

[F1. Cuidado de hospicio 53](#_Toc50479834)

[F2. Servicios de la agencia del estado 54](#_Toc50479835)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o MassHealth 54](#_Toc50479836)

# A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le dice cuáles servicios cubre <plan name>. También podrá enterarse de los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 y la información sobre cuánto paga por medicamentos está en el Capítulo 6. [Plans may insert reference, as applicable]. [Insert if applicable: Este capítulo explica también los límites a algunos servicios.]

Con <plan name>, usted no paga nada por los servicios cubiertos anotados en este capítulo, siempre y cuando siga las reglas del plan. Lea en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] los detalles sobre las reglas del plan. La Lista de servicios cubiertos es sólo para información general. Llame a <plan name> para obtener la información más actualizada. Las reglas de MassHealth son uno de los factores que controlan los servicios y beneficios disponibles para usted. Para acceder a las reglas de MassHealth:

* Vaya al sitio web de MassHealth en [www.mass.gov/masshealth](https://www.mass.gov/masshealth); **o**
* Llame a Servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, TTY: 1-800-497-4648 (para personas sordas o con dificultades para oír o hablar), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de cuidado de salud. [Plans should replace the term “Coordinador de cuidado de salud” as needed throughout this chapter with the term they use and include a phone number or other contact information.]

# B. Reglas contra los proveedores cobrándole por sus servicios

No permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus servicios cubiertos. Usted nunca debe recibir una factura de un proveedor de la red 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

En las Tablas de beneficios de la Sección D se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. La tabla nombra y explica los servicios 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 el final del capítulo.]

**Le pagaremos los servicios indicados en la Tabla de beneficios sólo cuando se cumplan las siguientes reglas.** Usted no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se explican a continuación.

* Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth.
* Los servicios (incluyendo cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento, Servicios y respaldos a largo plazo, otros servicios, suministros y equipo) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita de manera razonable los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o mantener su estado de salud actual. Esto también incluye cuidado que evita que usted tenga que ir a un hospital o a un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica y que no hay otro servicio similar y menos costoso adecuado para usted.
* Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* [Plans that do not require referrals, omit this paragraph:] En casi todos los casos, su [insert as appropriate: PCP **or** Coordinador de cuidado de salud **or** otra persona] debe darle una aprobación antes de que pueda ir a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores. A esto se le llama referido. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo obtener un referido y le dice cuándo no es necesario que lo obtenga.
* [Insert if applicable: Algunos de los beneficios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos sólo si su equipo para el cuidado de salud, su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa primero están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota de pie de página **or** en letras negritas **or** en letras cursivas].] [Insert if applicable: Además, debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no están anotados 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.]

* Algunos de los servicios de la Tabla de beneficios están cubiertos sólo si usted y su equipo para el cuidado de salud deciden que son adecuados para usted y están en su Plan de cuidados individualizado (ICP).

[Instructions on completing the Benefits Charts:

* 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 debe hablar con su <Coordinador de cuidado de salud, proveedor de cuidado primario, u otra persona adecuada> y obtener un referido.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and MassHealth requirements.
* 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 with no cost sharing for any type of service (i.e., no cost sharing at all) should delete the “what you must pay” column from every table. Plans with any type of cost sharing for services, including for pharmacy services, must leave the “what you must pay” column in all of the tables in this chapter.
* *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 siguiente página*.*** *At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by* **(continuación).** *Plans may refer to* **equipo médico duradero (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. Plans apply these formatting instructions in each table in section D.*]

| Servicios generales cubiertos 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 ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); * no está asociado a ninguna operación; y * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*List any additional benefits offered.*] | $0 |
| [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 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.] | $0 |
| Capacitación en autoadministración de diabetes, servicios y suministros  El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):   * Suministros para vigilar la glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * Un monitor de glucosa en la sangre * Tiras de prueba para glucosa en la sangre * Dispositivos para lanceta y lancetas * Soluciones de control de glucosa, para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para personas con diabetes que tengan enfermedades graves del pie diabético, el plan cubre lo siguiente: * Zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas), **o** * Zapatos profundos (incluyendo plantillas desprendibles que no son a medida).   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Capacitación en autoadministración de diabetes, servicios y suministros (continuación)  El plan cubrirá también la adaptación de zapatos terapéuticos moldeados o profundos.   * En algunos casos, el plan cubre la capacitación para ayudarle a manejar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] |  |
| Cirugía como paciente externo  El plan cubre cirugía como paciente externo y servicios en instalaciones para paciente externo de hospital y en Centros de Cirugía Ambulatoria. | $0 |
| Consulta de bienestar  El plan cubre chequeos de bienestar. Esto es para hacer o actualizar un plan de prevención. | $0 |
| Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) – Tratamiento para enfermedades del corazón  El plan cubre consultas con su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] personal para ayudar a reducir su riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta consulta, su médico puede:   * Hablarle sobre el uso de la aspirina * Revisar la presión de su sangre * Darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Cuidado colectivo en familia para adultos  El plan cubre los servicios proporcionados por proveedores de cuidado en familia en un ambiente residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal * Supervisión * Supervisión de enfermería | $0 |
| Cuidado de agencias de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  El plan cubre servicios proporcionados por una agencia de cuidado de salud en el hogar, incluyendo:   * 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, con ciertas excepciones) * terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * servicios sociales y médicos * transporte para recibir cuidado o servicios * equipo y suministros médicos | $0 |
| Cuidado de hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan cubre las estadías como paciente hospitalizado médicamente necesarias. Debe obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, después de que su emergencia esté controlada.  El plan cubre los servicios como:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería normales * Los costos de unidades de cuidado especial, como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Pruebas de laboratorio * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos * Aparatos, como sillas de ruedas * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Terapia física, ocupacional y del habla * Servicios para el trastorno de uso de sustancias, como paciente hospitalizado * Sangre, incluyendo almacenamiento y administración [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan cubre sangre entera, glóbulos rojos en paquete y las demás partes integrantes de la sangre. * Servicios de un médico   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Cuidado de hospital como paciente hospitalizado (continuación)   * Trasplantes, incluyendo los de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinales o multiviscerales. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para 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, entonces usted podrá obtener sus servicios de trasplante de forma local 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 ahí, prepararemos o pagaremos 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.]  Cuidado de la vista  El plan pagará lo siguiente:   * Exámenes integrales de la vista * Entrenamiento de la vista * Anteojos * Lentes de contacto y otro tipo de ayudas visuales   El plan cubre servicios de un médico para paciente externo para 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 tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad.  El plan cubre exámenes para el glaucoma para las personas con alto riesgo de glaucoma.  [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan cubre anteojos o lentes de contacto, después de cirugía de cataratas cuando el médico inserta un lente intraocular.  [Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses.] | $0 |
| Cuidado de salud del comportamiento como paciente hospitalizado  Servicios como paciente hospitalizado, como:   * Servicios como paciente hospitalizado de salud mental para evaluar y tratar una enfermedad siquiátrica aguda * Servicios como paciente hospitalizado para el trastorno de uso de sustancias * Camas de observación/retención * Servicios de día administrativamente necesarios   En este plan, no hay límite de por vida, a la cantidad de días que un miembro puede estar en una institución de cuidado de salud del comportamiento, como paciente hospitalizado. | $0 |
| Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]  El plan cubre servicios como:   * Una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesaria * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos que usted reciba como parte de nuestro plan de cuidado, incluyendo sustancias que están en el cuerpo de manera natural, como factores de coagulación de la sangre   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)   * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración [Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan pagará sangre entera y glóbulos rojos empacados. * El plan pagará todas las demás partes integrantes de la sangre, comenzando con la primera pinta que se use. * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería especializada * Pruebas de laboratorio proporcionadas por centros de enfermería especializada * Radiografías y otros servicios de radiología de centros de enfermería especializada * El equipo como sillas de ruedas, generalmente los proporcionan las centros de enfermería especializada * Servicios de médico o proveedor   Generalmente recibirá su cuidado de instituciones de la red. Sin embargo, es posible que reciba su cuidado en una institución fuera de nuestra red. Usted puede recibir cuidado de los siguientes lugares si ellos aceptan las cantidades que paga nuestro plan.   * Un hogar para personas de la tercera edad o comunidad para jubilados con cuidado continuo, donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione cuidado en un centro de enfermería especializada) * Un centro de enfermería especializada donde viva su cónyuge, en el momento en que usted salga del hospital | $0 |
| Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:   * Una situación que no es de emergencia (no incluye servicios de cuidado personal de rutina) * Una enfermedad inesperada * Una lesión * Una enfermedad que necesita cuidado inmediato   Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, debe tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda 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 offered as a supplemental benefit outside of the U.S. and its territories.] | $0 |
| Cuidados de 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 de la red o un proveedor fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted esté recibiendo cuidado de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados en el hogar   Si usted decide recibir su cuidado de hospicio en un centro de enfermería, <plan name> cubrirá el costo de habitación y alimentos.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Cuidados de hospicio (continuación)  **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Part A y B son facturados a Medicare.**   * Para más información, lea 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> cubre 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 si se relacionan o no con su pronóstico médico terminal. Usted [*insert as appropriate:* paga la cantidad de costo compartido del plan ***or*** no paga 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 para más información, lea el capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*].   **Nota:** Si usted necesita cuidado de hospicio o que no sea de hospicio, debería llamara a su Coordinador de cuidado de salud para ayudar a hacer los arreglos para estos servicios. 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 de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  |
| Cuidados médicos de emergencia  “Cuidado de emergencia” significa servicios que:   * Da un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** * Son necesarios para tratar una emergencia médica.   Una emergencia médica es una condición médica, que cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría encontrar que es lo suficientemente grave como para que si no recibe atención médica inmediata, podría causar:   * Riesgo grave para su salud o la del feto; **o** * Daños graves a las funciones del cuerpo, **o** * Disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o** * En el caso de una embarazada en trabajo de parto, cuando   + No hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto, **o**   + el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   [Also identify that the plan covers emergency care within the U.S. and its territories.]  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después de que su emergencia se estabilice [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits: (e.g., You must return to a network hospital for your care to continue to be paid for. You can stay in the out-of-network hospital for your inpatient care only if the plan approves your stay).] | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan en todo o en parte una parte o función del cuerpo. El plan cubre servicios como:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de colostomía * Marcapasos * Aparatos de ortodoncia * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía)   Además, el plan cubre algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan cubre también reparación o reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece algo de cobertura después de cirugía de cataratas. Vea los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plans may insert reference, as applicable].  [Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:]El plan no cubrirá prótesis dentales. | $0 |
| Enfermería independiente  El plan cubre el cuidado que le da una enfermera en su hogar. La enfermera puede trabajar para una agencia de cuidado de salud en el hogar o puede ser una enfermera independiente. | $0 |
| Equipo de oxígeno y terapia respiratoria  El plan cubre servicios como sistemas de oxígeno, suministro de oxígeno y renta de equipo para terapia de oxígeno. | $0 |
| Equipo médico duradero (DME), incluyendo suministros, repuestos, capacitación, modificaciones y reparaciones afines  (Para leer una definición de “equipo médico duradero”, lea el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual.)  Los siguientes artículos son ejemplos de DME cubiertos:   * sillas de ruedas * muletas * sistemas de camas eléctricas * suministros para diabéticos * camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar * bombas para infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) * dispositivos de generación de voz * equipos y suministros de oxígeno * dispositivos generadores de indicaciones verbales * andadores   Otros artículos de DME pueden estar cubiertos, incluyendo ayudas ambientales o tecnología de asistencia o adaptación. El plan puede cubrir también la enseñanza para usar, modificar o reparar su artículo de DME. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si esos otros artículos de DME y servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidados individualizado (ICP).  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Cubrimos todo el equipo médico duradero, médicamente necesario, que Medicare y MassHealth generalmente paga para usted. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Equipo médico duradero (DME), incluyendo suministros, repuestos, capacitación, modificaciones y reparaciones afines (continuación)  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Junto con este Manual del miembro, le enviamos la lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le dice las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que pagaremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores se encuentra también en nuestro sitio web en <web address>.  En general, <plan name> cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare y MassHealth de las marcas y fabricantes presentes en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que usted necesita la marca. Sin embargo, si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero que no esté en nuestra lista, seguiremos pagando esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir cuál es la marca médicamente adecuada para usted después de ese período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, usted puede pedirle que lo preautorice para pedir una segunda opinión.)  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación, you or your doctor may file an appeal. Usted puede apelar también si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre cuál es el producto o marca adecuada para su enfermedad. (Lea el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones [plans may insert reference, as applicable].)] |  |
| Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan cubre una ecografía de detección por única vez 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 |
| Exámenes de depresión  El plan cubre exámenes de depresión. Los exámenes se deben hacer en un ambiente de cuidado personal que pueda darle un tratamiento de seguimiento y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  El plan cubre orientación para ayudarle a bajar de peso. Debe obtener la orientación en un ambiente de cuidado personal. De ese modo, se puede administrar con su plan completo de prevención. Hable con su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] personal para averiguar más.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes de VIH  El plan cubre exámenes exploratorios de VIH y pruebas exploratorias de VIH.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  El plan cubre los siguientes servicios:   * Un examen rectal digital * Una prueba de antígeno específico de próstata (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para cáncer colorrectal  El plan cubre los siguientes servicios:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratorio) * Prueba de sangre oculta en heces * prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal * DNA based colorectal screening * Colonoscopía exploratoria (o enema de bario exploratorio)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para cáncer de seno (mamografías)  El plan cubre mamografías y exámenes clínicos del seno.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para cáncer del cuello del útero y vaginal  El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para diabetes  El plan cubre exámenes para diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayuno).  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes y consejería para infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan cubre exámenes para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] personal debe ordenar las pruebas.  El plan cubre también sesiones personales de asesoría de alta intensidad sobre conducta. El plan cubre estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo sólo si las da un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] personal. Las sesiones deben ser en un ambiente de cuidado personal, como el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes y orientación por el mal uso de alcohol  El plan cubre exámenes por el mal uso de alcohol.  Si el resultado de su examen de mal uso de alcohol es positivo, el plan cubre sesiones de orientación con un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] personal certificado o un profesional en un ambiente de cuidado personal.  [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  El plan cubre servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubre servicios como:   * Servicios de un médico * Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio * Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * Vendas quirúrgicas * Tablillas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones * Dispositivos ortóticos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones a esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * Reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo) **o** * Reemplazan toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. * Férulas para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros 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, del habla y ocupacional | $0 |
| Inmunizaciones  El plan cubre ciertas vacunas como:   * Neumonía * Vacunas contra la gripe * Vacunas contra la hepatitis B, si está en 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 * Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de MassHealth o la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [*plans may insert reference, as applicable*] para conocer más.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Medicamentos como paciente externo  Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por los medicamentos. | $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 bajo la Parte B de Medicare. <Plan name> cubrirá los siguientes medicamentos:   * Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras esté recibiendo servicios de un médico, como paciente externo de un hospital o en un Centro de Cirugía Ambulatoria * Medicamentos usados mediante DME (como nebulizadores) 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 para osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted se los tiene que quedar en casa, tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y 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, como heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos 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 IV para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   [Insert if applicable: The following link will take you to a list of Part B drugs that may be subject to step therapy: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  **El Capítulo 5** [plans may insert reference, as applicable] **explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio.** También explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas.  [*Plans must insert if applicable:* **El Capítulo 6** [[plans may insert reference, as applicable]] **explica la parte de sus costos por los medicamentos que usted recibe como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.**] | $0 |
| Medición de la masa de los huesos  El plan cubre ciertos procedimientos para los miembros elegibles (normalmente, personas en riesgo de perder masa de los huesos o en riesgo de osteoporosis).  Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, miden la pérdida de la masa de los huesos o miden la calidad de los huesos. El plan también pagará a un médico para que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco  El plan cubre orientación para dejar el tabaco como un servicio preventivo.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| 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 |
| Programa de servicios de transición de vida  El plan cubre servicios proporcionados por un proveedor de servicios de transición de vida a los miembros elegibles. Estos servicios se proporcionan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente:   * Servicios de asistente de cuidados personales * Supervisión de enfermería en el lugar las 24 horas * Alimentos * Capacitadores de habilidades * Asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (p.ej.: lavandería, compras, limpieza) | $0 |
| [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Programas de educación en 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.] | $0 |
| 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 |
| Pruebas de diagnóstico como paciente externo y servicios y suministros terapéuticos  El plan cubre servicios como:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo técnicos, materiales y suministros quirúrgicos, como vendas * Tablillas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones * Pruebas de laboratorio * [Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] Sangre. El plan pagará el almacenamiento y la administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan cubre pruebas de sangre una vez, para ver si tiene enfermedades cardiovasculares. Estas pruebas de sangre examinan también si hay defectos debidos a un alto riesgo de enfermedad del corazón.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de aborto | $0 |
| Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea, en avión o helicóptero y de tierra. La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan darle cuidado. Su enfermedad debe ser lo suficientemente grave, que otra manera de llevarle a un lugar de cuidado, podría poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.  En casos que noson emergencias, el plan podría pagar una ambulancia. Su enfermedad debe ser lo suficientemente grave, que otras maneras de llevarle a un lugar de cuidado, podrían poner en riesgo su vida o su salud. | $0 |
| Servicios de audición, incluyendo audífonos  El plan cubre pruebas de oído y de equilibro realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado de paciente externo cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor capacitado.  El plan cubre también lo siguiente:   * El suministro de audífonos, baterías y accesorios * Enseñanza para el uso, cuidado y manejo de audífonos * Moldes del canal auditivo * Impresiones del canal auditivo * Préstamo de audífonos, cuando sea necesario   [List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.] | $0 |
| Servicios de audiólogo  El plan cubre exámenes y valuaciones de un audiólogo (especialista en el oído). | $0 |
| Servicios de auxiliar de salud en el hogar  El plan cubre servicios de un auxiliar de salud en el hogar bajo la supervisión de una enfermera registrada u otro profesional, para miembros que sean elegibles. Los servicios pueden incluir lo siguiente:   * Cambios de vendajes sencillos * Asistencia con medicamentos * Actividades para apoyar terapias especializadas * Cuidados de rutina de dispositivos ortóticos y prostéticos | $0 |
| Servicios de cuidado en familia para adultos  El plan cubre los servicios de proveedores de cuidado en familia, para adultos en un ambiente residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Asistencia con actividades de la vida diaria, actividades prácticas de la vida diaria y cuidado personal * Supervisión * Supervisión de enfermería | $0 |
| [Plans should modify this benefit as needed based on Medicare coverage guidelines.]  Servicios de disforia de género  La disforia de género describe la insatisfacción de una persona con el sexo biológico y/o el género asignado al nacer.  El plan cubre el tratamiento para la disforia de género, incluyendo los servicios de reasignación de sexo. Los servicios pueden incluir lo siguiente: terapia de hormonas, mastectomía, aumento del seno, histerectomía, salpingectomía, ovarectomía o cirugía reconstructiva genital. | $0 |
| Servicios de habilitación de día  El plan cubre un programa de servicios que ofrecen los proveedores de habilitación de día si usted es elegible porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted preparará un plan de servicio que incluya sus metas y objetivos y las actividades para alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Servicios de enfermería y supervisión del cuidado de salud * Capacitación en habilidades del desarrollo * Servicios de terapia * Habilidades para la vida /capacitación en vida diaria para adultos | $0 |
| Servicios de hospital como paciente externo  El plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  El plan cubre servicios como:   * 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) * Pruebas de laboratorio y diagnóstico que facture el hospital * Cuidado de salud mental, que incluye 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 que facture el hospital * Suministros médicos, como tablillas y yesos * Preventive screenings and services listed throughout the Benefits Chart * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas  El plan cubre los siguientes servicios.   * Servicios de cuidado de salud o cirugía médicamente necesarios dados en lugares como: * Un consultorio médico * Un centro quirúrgico ambulatorio certificado * Un departamento de pacientes externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [*insert as appropriate:* médico de cuidado primario ***or*** 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 video pregrabados * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historia clínica electrónica si no es un nuevo paciente * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Certain additional telehealth services, including those for [insert specific Part B services the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the 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.]]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas (continuación)   * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía * Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: * Cirugía de la 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 proporcionara un médico   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de médico, enfermera de práctica avanzada y enfermera partera  El plan cubre servicios de médico, enfermera de práctica avanzada y enfermera partera. Esto incluye, por ejemplo:   * Consultas para cuidado personal y especialistas * Ginecología y obstetricia y cuidado prenatal * Capacitación en autoadministración de diabetes * Terapia de nutrición médica * Servicios para dejar el tabaco | $0 |
| [Plans should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  Usted puede elegir cualquier proveedor de la red de <plan’s name> o un proveedor de MassHealth para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa que usted puede elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.  El plan cubre los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Pruebas de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar * Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, anillo, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) * Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o barrera uterina) * Orientación y diagnóstico sobre infertilidad * Orientación y pruebas para infecciones transmitidas sexualmente (STI), VIH y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento a la esterilización. Deben pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía.) * Orientación genética   El plan pagará también algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted debe ver a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:   * Tratamiento para casos médicos de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada)   **Este servicio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Servicios de planificación familiar (continuación)   * Tratamiento para el VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Pruebas gyenéticas | $0 |
| Servicios de podiatría  El plan cubre los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) * Cuidado de rutina para pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y orientación. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una [insert as appropriate: referido or 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, terapia ocupacional y terapia del habla.  Usted puede obtener servicios de rehabilitación como paciente externo, de departamentos de paciente externo en un hospital, consultorios de un terapeuta independiente, Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otras instituciones. | $0 |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad del pulmón obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. El miembro debe tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de salud de día para adultos  El plan cubre servicios de proveedores de salud de día, para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Servicios de enfermería y de supervisión de salud * Terapia * Asistencia con actividades de la vida diaria * Servicios de nutrición y dieta * Servicios de orientación * Actividades * Administración de su caso * Transporte | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de salud del comportamiento como paciente externo  El plan cubre los servicios de salud del comportamiento proporcionados por los siguientes proveedores:   * Un siquiatra o médico con licencia del estado * Un sicólogo clínico * Un trabajador social clínico, * Un especialista en enfermería clínica * Una enfermera de práctica avanzada * Un ayudante médico, **o** * Cualquier otro profesional de cuidado de salud mental, certificado por Medicare y según lo permitan las leyes del estado aplicables.   El plan cubre los servicios como:   * Tratamiento individual, de grupo y de pareja o familia * Visita para la administración de medicamentos * Evaluación de diagnóstico * Consulta familiar * Consulta de caso * Consulta siquiátrica en una unidad médica de pacientes hospitalizados   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Servicios de salud del comportamiento como paciente externo (continuación)   * Visita puente paciente hospitalizado-paciente externo * Tratamiento de acupuntura * Terapia de reemplazo de opioides * Desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d) * Pruebas sicológicas   [*If applicable, insert:* Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud*.*]  [*List the available means of electronic exchange used for each Outpatient substance use disorder service offered as an additional telehealth benefit (e.g., secure messaging, store and forward technologies, telephone, videoconferencing, other internet-enabled technologies) along with any access restrictions that may apply.*]  [Plans should include any limitations that apply for these services, (e.g., number of visits)] [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de tratamiento con opiáceos  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos:   * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
| Servicios de un asistente para cuidado personal  El plan cubre servicios de un asistente para cuidado personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria y actividades prácticas de la vida diaria si usted es elegible. Esto incluye, por ejemplo:   * Bañarse * Preparación y consumo de alimentos * Vestirse y arreglarse * Administración de medicamentos * Desplazamientos de un lugar a otro * Aseo personal * Transferencias * Lavandería * Tareas domésticas   Lo de arriba también puede incluir servicios de asistencia personal, como instrucciones y supervisión.  Usted mismo puede contratar un trabajador o usar una agencia que contrate uno para usted.  Un trabajador puede ayudarle con las tareas manuales. El plan puede también pagar un trabajador para ayudarle, incluso si usted no necesita ayuda manual. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si ese servicio es el adecuado para usted y estará en su Plan de cuidados individualizado (ICP). | $0 |
| Servicios de un centro de salud comunitario  El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Estos son algunos ejemplos:   * consultas para cuidados de un [*insert as appropriate:* médico***or***proveedor] personal y especialistas * ginecología, obstetricia y cuidado prenatal * servicios pediátricos, incluyendo el programa de Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) * educación de salud * servicios sociales médicos * servicios de nutrición, incluyendo capacitación en autoadministración de diabetes y terapia de nutrición médica * servicios para dejar el tabaco * vacunas que no están cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) | $0 |
| Servicios dentales  El plan cubre cuidado de salud dental preventivo, de restauración y de emergencia. | $0 |
| Servicios ortopédicos  El plan cubre férulas y otros dispositivos mecánicos o moldeados para apoyar o corregir la forma o función del cuerpo humano. | $0 |
| Servicios para el trastorno del consumo de sustancias como paciente externo  [Describe the plan’s benefits for outpatient substance use disorder services other than those included in the table below of diversionary behavioral health services.]  [*If applicable, insert:* Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.]  [List the available means of electronic exchange used for each Outpatient substance use disorder service offered as an additional telehealth benefit (e.g., secure messaging, store and forward technologies, telephone, videoconferencing, other internet-enabled technologies) along with any access restrictions that may apply.] | $0 |
| Servicios quiroprácticos  El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir alineación, consultas a consultorio y servicios de radiología.  [List any restrictions, such as the maximum number of visits.] | $0 |
| Servicios y suministros para enfermedad renal (del riñón)  El plan cubre los siguientes servicios:   * Servicios de educación en enfermedad del riñón para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe darle una preautorización. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal. * Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamiento de diálisis cuando usted esté temporariamente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si está internado en un hospital para cuidado especial * Capacitación en autodiálisis, incluyendo capacitación para usted y cualquier otra persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar * Equipo y suministros para diálisis en el hogar * Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para revisar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua   Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. **Para obtener más información, lea “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.** | $0 |
| 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  El plan cubre terapia de nutrición diagnóstica y servicios de asesoría para ayudarle a controlar una enfermedad (como enfermedad renal)  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia  El plan cubre el transporte que necesite por motivos médicos que no sean emergencias. | $0 |
| Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” una sola vez. La visita incluye:   * Una revisión de su salud, * Educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), **y** * Referidos para otro tipo de cuidado si lo necesita.   **Nota:** Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. | $0 |

Además de estos servicios generales, nuestro plan cubre también servicios de cuidado de salud del comportamiento con base en la comunidad. A veces estos se llaman “servicios de distracción de salud del comportamiento”. Estos son servicios que usted podría usar en lugar de ir al hospital o a una institución por algunas necesidades de salud del comportamiento. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidados individualizado (ICP).

| Servicios de cuidado de salud del comportamiento basados en la comunidad (de distracción) cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- |
| Estos servicios incluyen lo siguiente:   * Entrenamiento de recuperación * Estabilización de crisis en la comunidad * Hospitalización Parcial (PHP, por sus siglas en inglés)   Hospitalización “Partial hospitalization” is a structured program of active psychiatric treatment. It is offered as a hospital outpatient service or by a community mental health center. It is more intense than the care you get in your doctor’s or therapist’s office. It can help keep you from having to stay in the hospital.   * Hospitalización Parcial (PHP, por sus siglas en inglés)   [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota:** Como no existen centros de salud mental comunitarios en nuestra red, el plan cubre una hospitalización parcial solo como servicio en el hospital como paciente externo.Because there are no community mental health centers in our network, we cover partial hospitalization only as a hospital outpatient service.]   * Navegador de apoyo de recuperación * Programa de apoyo comunitario (CSP, por sus siglas en inglés), incluyendo CSP para personas sin hogar crónicas   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| **\* Nota:** Estos servicios pueden no estar disponibles al comienzo del año del plan durante su plan One Care. Si tiene alguna pregunta, contacte con su plan One Care. | |
| **(continuación)**   * Programa de servicios de emergencia (ESP)   [If applicable, insert: Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.]  [List the available means of electronic exchange used for each Outpatient substance use disorder service offered as an additional telehealth benefit (e.g., secure messaging, store and forward technologies, telephone, videoconferencing, other internet-enabled technologies) along with any access restrictions that may apply.]   * Programa de tratamiento comunitario afirmativo (PACT) * Programa estructurado de adicción de paciente externo (SOAP) * Programa intensivo de paciente externo (IOP, por sus siglas en inglés) * Rehabilitación residencial * Residencia de rehabilitación administrada clínicamente específica a la población y de alta intensidad\* (véase la Nota más abajo) * Residencia de rehabilitación aumentada para individuos con diagnóstico dual * Servicios de apoyo clínicos para el trastorno del consumo de sustancias * Servicios de apoyo transicional (TSS; por sus siglas en inglés) para trastornos de consumo de sustancias (véase la Nota más abajo) * Servicios de tratamiento agudo (ATS, por sus siglas en inglés) para el trastorno del consumo de sustancias * Tratamiento siquiátrico de día |  |
| \* **Nota:** Estos servicios pueden no estar disponibles al comienzo del año del plan durante su plan One Care. Si tiene alguna pregunta, contacte con su plan One Care. | |

Nuestro plan también cubre servicios con base en la comunidad para promover bienestar, recuperación, control personal de enfermedades crónicas y vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su Plan de cuidados individualizado (ICP).

| Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- |
| Administración de medicamentos  Si usted es elegible, el plan cubrirá servicios de administración de medicamentos proporcionados por un trabajador de apoyo. El trabajador de apoyo le ayudará a tomar sus medicamentos de receta y sus medicamentos de venta sin receta médica. El servicio puede incluir lo siguiente:   * Recordarle que debe tomar su medicina * Revisar el paquete de medicamentos * Observar que tome sus medicamentos * Anotar cuándo debe tomar sus medicamentos * Abrir los medicamentos y leerle las etiquetas | $0 |
| Apoyo, orientación, asistencia por personas en situaciones parecidas  El plan cubre servicios de capacitación, instrucción y enseñanza, si usted es elegible. Estos servicios le ayudarán a hablar por usted mismo y a participar en su comunidad. Puede obtener estos servicios de una persona en una situación parecida o en grupos pequeños. | $0 |
| Asistencia en transiciones de cuidado  El plan paga los servicios para ayudar a los miembros elegibles con las transiciones entre ambientes de cuidado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Coordinación de información entre sus proveedores * Seguimiento después de su estadía como paciente hospitalizado o en una institución * Educación sobre su enfermedad * Referidos | $0 |
| Cuidado de respiro  El plan cubre servicios de cuidado de respiro si la persona que lo cuida necesita un descanso o no va a estar disponible por un tiempo corto. Estos servicios pueden proporcionarse como una emergencia o pueden programarse por adelantado. Si son programados por adelantado, los servicios pueden ser en su casa o durante una estancia a corto plazo en un centro de cuidado para adultos en familia, en un centro de salud de día para adultos, en un centro de enfermería, en un centro de asistencia de vida, en un hogar de descanso u hospital. | $0 |
| Modificaciones al hogar  Si usted es elegible, el plan cubre modificaciones a su hogar. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad o hacer que viva de manera más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:   * Rampas * Asideros * Ampliación de entradas * Sistemas especiales para equipo médico   [Plans may list exclusions or limitations that may apply.] | $0 |
| Servicios de cuidado en el hogar  El plan cubre los servicios de cuidado en el hogar proporcionados en su hogar o comunidad si usted es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * Un trabajador para ayudarle con tareas del hogar * Un trabajador para ayudarle con sus tareas diarias y cuidado personal. La asistencia puede ser manual, de dar indicaciones o de supervisar esas tareas. * Capacitación o actividades para mejorar sus habilidades para vivir en su comunidad y ayudarle a defenderse usted mismo | $0 |
| Servicios de día  El plan cubre actividades estructuradas de día en un programa para ayudarle a adquirir habilidades que necesita para vivir de la manera más independiente como sea posible en la comunidad. Las habilidades están diseñadas para satisfacer sus necesidades y pueden incluir lo siguiente:   * Habilidades de la vida diaria * Capacitación de comunicación * Habilidades prevocacionales * Habilidades de socialización | $0 |
| Trabajadores de salud comunitarios  El plan cubre servicios de trabajadores de salud comunitarios, que pueden incluir lo siguiente:   * Educación de salud en su hogar o en la comunidad * Obtener los servicios que necesita * Orientación, respaldo y exámenes   Con los servicios de un trabajador de salud comunitario usted recibirá ayuda de una persona que lo defenderá y que entiende su cultura, necesidades y preferencias | $0 |
| Transporte no médico  El plan cubre transporte a servicios comunitarios y actividades que le ayuden a mantenerse independiente y activo en su comunidad. | $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 del área de servicio del plan más de seis meses a la vez, 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 permite permanecer afiliado a nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio por hasta 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 recibe 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 puede 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 Medicaid fee-for-service, as appropriate.]

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name> pero están disponibles a través de Medicare, MassHealth o una agencia del estado.

## F1. Cuidado de 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.

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

**Por servicios de hospicio y servicios cubiertos por Medicare Part A o B, 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 Medicare Part A o B 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 Medicare Part A o B. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de <plan name>:**

* Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor para más información, lea el capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

**Nota:** Si usted necesita cuidado de hospicio o 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 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.]

## F2. Servicios de la agencia del estado

**Rehabilitación sicosocial y Administración de casos dirigida**

Si usted recibe rehabilitación sicosocial de Department of Mental Health o administración de casos dirigida de Department of Mental Health o de Department of Developmental Services, la agencia estatal seguirá proporcionándole los servicios. No obstante, <plan name> le ayudará a coordinar los servicios de estos proveedores, como parte de su Plan de cuidados individualizado (ICP) total.

**Habitación y alimentos en un hogar de reposo**

Si usted vive en un hogar de reposo y se une a One Care, el Departamento de Asistencia de Transición seguirá siendo responsable de sus pagos de habitación y alimentos.

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

Esta sección le dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y MassHealth tampoco pagarán por ellos.

La lista siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ningún caso 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 bajo las condiciones específicas indicadas. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos. Si le parece que le debemos pagar 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 todas las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan.**

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

* Servicios que no son médicamente necesarios según las normas de Medicare y MassHealth.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Tratamiento y artículos experimentales son los que no son aceptados en general por la comunidad médica.
* [Plans should delete this if the State allows for this:] Los honorarios cobrados por sus parientes inmediatos o miembros de su hogar, excepto en lo que se permita para asistencia para cuidado personal o cuidado temporario para adultos.
* Procedimientos o servicios de mejora de elección 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 malformada 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.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una férula de pierna y estén incluidos en el costo de la férula o que los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
* Procedimientos o servicios electivos o voluntarios para mejoramiento (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, funcionamiento sexual, funcionamiento atlético, fines cosméticos, de funcionamiento mental o contra el envejecimiento), excepto cuando sean médicamente necesarios. Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos terapéuticos y ortopédicos para personas con enfermedad de pie diabético.
* [Plans should delete this if supplemental:] Queratotomía radial, cirugía LASIK u otras ayudas para vista reducida.
* Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos que no sean de receta.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).