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 2](#_Toc47520898)

[B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios 2](#_Toc47520899)

[C. La Tabla de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc47520900)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc47520901)

[D1. Visitas preventivas 6](#_Toc47520902)

[D2. Servicios preventivos y exámenes 7](#_Toc47520903)

[D3. Otros servicios 13](#_Toc47520904)

[E. Servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio 48](#_Toc47520905)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 48](#_Toc47520906)

[F1. Cuidado de hospicio 48](#_Toc47520907)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Medicaid 49](#_Toc47520908)

# A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles servicios cubre <plan name>, cómo accede los servicios, y si hay límites para los servicios. 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], y la información sobre cuánto pagará por los medicamentos en el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable].

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, por lo general, no deberá pagar por los servicios cubiertos detallados en este capítulo, 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. Sin embargo, es posible que sea responsable por pagar una “responsabilidad del paciente” para el centro de enfermería o la exención de servicios que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos o cómo accede servicios, llame a Servicios al miembro al <toll-free phone number> o a su administrador de cuidados al [plans should include a phone number or other contact information].

# B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios

Excepto como explicamos arriba, 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**. 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 la Tabla de beneficios de la Sección D se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Enumera primero los servicios preventivos y luego las categorías de otros servicios en orden alfabético. También explica cuáles servicios están cubiertos, cómo acceder a los servicios y si hay límites o restricciones para los servicios. [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.] Si no puede encontrar el servicio que está buscando, tiene preguntas, o si necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a estos servicios, comuníquese con Servicios al miembro o su administrador de cuidados.

### Cubriremos los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas:

* Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Ohio Medicaid.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser un beneficio del plan y ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto también incluye cuidado para evitar que usted tenga que ir a un hospital o un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
* Si <plan name> decide que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado a tomar decisiones por usted puede apelar. Para más información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan. En la mayoría de los casos, el plan no pagará 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.
* 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.
* 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. Además, algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor escribe una orden o receta para que usted reciba el servicio. Si no está seguro cuáles servicios requieren una autorización previa, llame a Servicios al miembro o visite nuestra página [insert plan website link where the member can view the prior authorization 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 de las siguientes condiciones crónicas y cumple con ciertas condiciones médicas, usted puede ser elegible para beneficios adicionales [*insert if applicable:* y/o un costo compartido reducido]:
* [*List all applicable chronic conditions here.*]
  + [If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.]

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

Usted no paga nada por los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos arriba. La única excepción es si usted tiene que pagar la responsabilidad del paciente para servicios en un hogar de personas de la tercera edad o exención de servicios según sea determinado por el Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado.

[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.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Medicaid requirements.
* Plans must clearly indicate in the Limitations and Exceptions column whether benefits are subject to prior authorization, a doctor’s order, or require a prescription. (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. Any hard limits for services must indicate that members under the age of 21 may be able to get services beyond the hard limit if medically necessary.
* 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 allowed benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* 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 siguiene 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.*]

## D1. Visitas preventivas

[Plans should modify this table to reflect supplemental benefits as appropriate.]

| Servicios cubiertos por nuestro plan | Limitaciones y excepciones |
| --- | --- |
| Examen físico para niños (también llamado Healthchek)  Healthchek ofrece los exámenes preventivos y periódicos, diagnósticos y tratamientos (EPSDT) para todas las personas inscriptas en Medicaid desde que nacen hasta los 21 años de edad. Healthchek cubre exámenes médicos, de la vista, dentales, del oído, nutricionales, del desarrollo y de salud mental. También cubre vacunas, educación sobre la salud y análisis de laboratorio. |  |
| Visita anual para el cuidado de su salud  Este examen tiene como fin desarrollar o actualizar 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”. |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  Si usted ha participado en la Parte B de Medicare por 12 meses o menos, usted puede ir a una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Cuando haga la cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye:   * un examen de 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. |  |

## D2. Servicios preventivos y exámenes

[Plans should modify this table to reflect supplemental benefits as appropriate.]

| Servicios cubiertos por nuestro plan | Limitaciones y excepciones |
| --- | --- |
| Consejería e intervenciones para dejar de fumar o consumir tabaco  El plan cubre sesiones de consejería e intervenciones para dejar de fumar o consumir tabaco. |  |
| Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  El plan cubre visitas a su proveedor de cuidado primariopara 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 de la sangre, **o** * darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien. |  |
| Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan cubre una ecografía de aneurisma aórtico abdominal si usted está a riesgo. |  |
| Exámenes de VIH  El plan cubre un examen de evaluación de VIH para las personas que pidan dicho examen o tengan un alto riesgo de contraer una infección de VIH. |  |
| Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  El plan cubre consejería para bajar de peso. |  |
| Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  El plan cubre los siguientes servicios:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA) |  |
| Exámenes para controlar la diabetes  El plan cubrirá este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas).  Es probable que usted quiera hablar con su proveedor sobre estos exámenes si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad, su familia tiene historia de diabetes o niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). |  |
| Exámenes para detectar cáncer colorrectal  Para las personas de 50 años y mayores o con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan cubre:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratoria) * Prueba de sangre oculta en la materia fecal * Colonoscopía exploratoria * Cribado colorrectal basado en el ADN * Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal   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). |  |
| Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  El plan cubre pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos cada año para todas las mujeres. |  |
| Exámenes para detectar el cáncer de seno  El plan cubre los siguientes servicios:   * Una mamografía inicial de referencia entre las edades de 35 y 39 años * Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayor * Las mujeres menores de 35 años que tengan un riesgo alto de desarrollar cáncer de seno podrían ser elegibles para mamografías * Un examen clínico anual de los senos |  |
| Exámenes para detectar la depresión  El plan cubre exámenes para detectar la depresión. |  |
| Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan cubre análisis de sangre 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. |  |
| Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan cubre exámenes para tratar infecciones de transmisión sexual, incluyendo pero no limitado a clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B.  El plan también cubre sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, 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. |  |
| Exámenes y orientación por el abuso de alcohol  El plan cubre un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá sesiones de consejería en persona con un proveedor de cuidado primariocalificado o un médico. |  |
| Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)  El plan pagará por servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de dieta a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. |  |
| **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.] |  |
| Vacunas (inmunizaciones)  El plan cubre los siguientes servicios:   * Vacunas para niños menores de 21 años * 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 o Medicaid * 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. |  |

## D3. Otros servicios

[Plans should modify this table to reflect supplemental benefits as appropriate.]

| Servicios cubiertos por nuestro plan | Limitaciones y excepciones |
| --- | --- |
| **Acupuntura**  El plan cubre acupuntura para el control del dolor en casos de dolor de cabeza y dolor lumbar.  El plan también 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 de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura al año para el dolor lumbar crónico.  Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*List any additional benefits offered.*] |  |
| [If this benefit is not applicable, plan 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.] |  |
| Centros de salud aprobados por el gobierno federal  El plan cubre los siguientes servicios en Centros de salud aprobados por el gobierno federal:   * Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario y los servicios de especialista * Servicios de terapia física * Patología del habla y servicios de audiología * Servicios dentales * Servicios de podiatría * Servicios de optometría y/o ópticos * Servicios quiroprácticos * Servicios de transporte * Servicios de salud mental   **Nota:** Usted puede obtener servicios de un Centro de salud de la red o fuera de la red, aprobado por el gobierno federal. |  |
| Clínicas de salud rurales  El plan cubre los siguientes servicios en una Clínica de salud rural:   * Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario y servicios de especialista * Un psicólogo clínico * Un trabajador social clínico para la diagnosis y tratamiento de enfermedades mentales * Los servicios de una enfermera visitadora en ciertas situaciones   **Nota:** Usted puede recibir servicios de una Clínica de salud rural de la red y fuera de la red. |  |
| Cuidado de emergencia (lea también “cuidado necesario de urgencia”)  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:   * graves riesgos para su salud o, si embarazada, la del feto, **o** * daños graves a las funciones del cuerpo, **o** * funcionamiento grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, **o** * en el caso de una mujer embarazada, trabajo de parto activo, cuando: * no hay tiempo suficiente para transportarle a otro hospital antes del parto, sin riesgo. * el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   En caso de emergencia, llame al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana (ER) o a otro establecimiento apropiado.  Si no está seguro si necesita ir al ER, llame a su PCP o a la línea de consejería de enfermeras que está disponible las 24 horas del día. Su PCP o la línea de consejería de enfermeras pueden aconsejarle sobre qué hacer.  [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.] | 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: (p.ej. 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.)]. |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Cuidado de la vista  El plan cubre los siguientes servicios:   * El plan cubre un examen completo de la vista, un marco de anteojos, un par de lentes (lentes de contacto, si son medicamente necesarios): * Cada 12 meses para los miembros menores de 21 años y mayores de 59 años de edad, **o** * Cada 24 meses para los miembros de 21 a 59 años de edad. * Preparación para el tratamiento de la vista * Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo pero no limitado a: * Exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. * Un examen de glaucoma por año para miembros menores de 20 años o mayores de 50 años, miembros con una historia familiar de glaucoma, miembros con diabetes, para afroamericanos de 50 años y mayores e hispanoamericanos de 65 años y mayores. * 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, usted deberá 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.) |  |
| 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 necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is available supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes externos  El plan cubre 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, **o** * cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental según las leyes aplicables del estado.   El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios no mencionados aquí:   * Servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios en un hospital general [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)] * Servicios terapéuticos del comportamiento (TBS, por sus siglas en inglés) * Servicios de rehabilitación psicosocial [Plans should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)]   [List any additional benefits offered.] |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan cubrirá 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 * Cuidado en centros de enfermería   **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. A menos que usted tenga que pagar la responsabilidad del paciente para los servicios de un centro de enfermería, usted no paga nada por estos servicios.   **Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Lea más información en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].   **Este beneficio continúa en la siguiente página** | Si usted quiere servicios de cuidados de hospicio en un centro de enfermería, es probable que tenga que usar un centro de enfermería de la red. También es probable que sea responsable para pagar la responsabilidad del paciente por los servicios recibidos en un centro de enfermería, después de usar el beneficio de centro de enfermería de Medicare. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente. |
| Cuidado de hospicio (continuación)  **Nota:** A excepción de una urgencia/cuidado urgente, si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should 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  El plan cubre los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería regulares * Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Exámenes de laboratorio * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital * Servicios de sala de operaciones y de recuperación   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)   * Terapia física, ocupacional y del habla * Servicios como paciente hospitalizado por el uso de sustancias * Sangre, incluyendo su Examen físico para niños (también llamado Healthchek) * Servicios médicos/de proveedores * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/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 fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o en una ubicación distante fuera del área de servicio. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante 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 supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Los siguientes son ejemplos de dispositivos prostéticos cubiertos:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * Marcapasos * Abrazadera (Tirante) * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) * Dispositivos dentales   Además, el plan cubrirá algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial de extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Vea los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plans may insert reference, as applicable]. |  |
| Enfermería y cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios no mencionados aquí:   * Habitación semi-privada, o habitación privada si es medicamente necesaria * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, ocupacional y del habla * Los medicamentos que le dan como parte de su plan de cuidado, esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * Suministros médicos y quirúrgicos provistos por centros de enfermería * Análisis de laboratorio que hacen los centros de enfermería * Radiografías y otros servicios de radiografía que hacen los centros de enfermería * Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, que generalmente son provistas por los centros de enfermería * Servicios médicos/de un proveedor   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** | Es posible que usted sea responsable de pagar la responsabilidad del paciente para los costos de la habitación y comida cuando reciba servicios en un centro de enfermería. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.  Nota: La responsabilidad del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. |
| Enfermería y cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)  Por lo general usted recibirá su cuidado en un centro de la red. Sin embargo, es posible que usted pueda obtener cuidado en un centro fuera de la red. Usted puede recibir cuidado aprobado por Medicaid en un centro de enfermería de los siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que paga nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo el día en que se hizo miembro de <plan name>   Usted puede recibir cuidados de Medicare en un centro de enfermería de los siguientes lugares si ellos aceptan la cantidad que page nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca cuidados en un centro de enfermería) * Un centro de enfermería donde su esposo o esposa está viviendo en el momento que usted sale del hospital |  |
| Equipo médico duradero y suministros relacionados (DME, por sus siglas en inglés)  El equipo médico duradero cubierto incluye, pero no está limitado a lo siguiente:   * Sillas de ruedas * Muletas * Sistemas de camas eléctricas * Suministros para diabéticos * Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación)   * Bombas de infusión intravenosa * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores   Es posible que también cubra otros elementos, como prendas para incontinencia, productos de nutrición enteral, materiales urológicos y de ostomía, y vendas quirúrgicas y artículos relacionados. Para otros tipos de suministros que el plan cubre, lea las secciones de servicios para controlar la diabetes, servicios para la audición y dispositivos prostéticos.  Es posible que el plan también cubra aprender a usar, modificar o reparar su artículo. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si deben ser parte de su plan de cuidado individualizado.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Nosotros cubriremos por todo el equipo médico duradero que Medicare y Medicaid generalmente cubre. Si nuestro 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 la lista de <plan name> de equipo médico duradero. La lista le informa sobre las marcas y los fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <URL>.  **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación)  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 cubriendo 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 del plan, 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].)]  [Plans that limit the DME brands and manufacturers must include on their DME list information regarding the requirement to cover a brand not on the list for up to 90 days for new members.] |  |
| [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 durante una hospitalización no cubierta  Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.  Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un establecimiento con servicios 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 * Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * reemplazan a la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), **o** * reemplazan a 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 la ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * Terapia física, del habla y ocupacional |  |
| 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 * 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)   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * 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 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. |  |
| [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.] |  |
| Servicios como paciente externo  El plan cubre los servicios que recibe como paciente externo para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los siguientes son ejemplos de los servicios que cubre el plan:   * 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 aún ser 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) * El plan cubre cirugía ambulatoria y servicios en los centros de atención ambulatoria del hospital y Centros de Cirugía Ambulatoria * Quimioterapia * Análisis de laboratorio y diagnóstico (por ejemplo análisis de orina) * 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 * Imágenes (por ejemplo radiografías, tomografías computarizadas (CTs), imágenes por resonancia magnética (MRIs))   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Servicios como paciente externo (continuación)   * Terapia de radiación (radioterapia y terapia por isótopos), incluyendo materiales y suministros técnicos * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * 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.] |  |
| Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle.  Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su salud o la de su bebé por nacer, si está embarazada.  En aquellos casos que no sean emergencias, el plan cubrirá una ambulancia o camioneta para silla de rueda cuando sea médicamente necesario. |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de cuidado de salud en el hogar  El plan cubre los siguientes servicios que proveen las agencias de cuidado de salud en el hogar:   * Un auxiliar de salud en el hogar y/o servicios de enfermería * Terapia física, ocupacional y del habla * Una enfermera privada (podría ser provista por un proveedor independiente) * Terapia de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral * Servicios médicos y sociales * Equipo y suministros médicos |  |
| Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad  El plan cubre los siguientes servicios de exención basados en el hogar y la comunidad:   * Servicios diarios de salud para adultos * Servicio de comidas alternativas * Servicios de asistencia con las actividades diarias * Encargado de opciones de cuidados en el hogar * Servicio de ayuda con las tareas del hogar * Transición a la comunidad * Servicios de asistencia con las actividades diarias en la comunidad * Encargado de cuidados en el hogar * Alimentos llevados al hogar * Equipo médico y servicios de dispositivos suplementarios adaptables, que proveen asistencia en el hogar * Modificación, mantenimiento y reparación del hogar * Servicios de ama de casa * Asistencia para vivir independientemente * Consulta nutricional * Servicios de cuidado para dar respiro fuera del hogar * Servicios de asistente de cuidado personal * Servicios de respuesta de emergencia personal * Control de plagas * Consejería con un trabajador social * Servicios de exención de enfermería * Exención para transporte | Estos servicios están disponibles solamente si su necesidad de cuidados a largo plazo ha sido determinada por Ohio Medicaid.  Es probable que usted sea responsable por pagar la responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado, determinará si su ingreso y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente. |
| Servicios de médico/proveedor, incluyendo consultas en consultorios  El plan cubre los siguientes servicios:   * Cuidado de la salud o servicios de cirugía en lugares como un consultorio médico, un Centro de Cirugía Ambulatoria certificado o una clínica de paciente externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * 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 usted no es un nuevo paciente * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud adicionales, incluidos aquellos para [insert specific Part B services the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member] * Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. * [List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]] * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  | |
| Servicios de médico/proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación)   * 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 section as necessary.]  Servicios de planificación familiar  El plan cubre los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para la 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, gel, diafragma o barrera uterina)   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Servicios de planificación familiar (continuación)   * Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * 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.) * Detección, diagnóstico y consejería de anomalías genéticas y/o trastornos metabólicos hereditarios * Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada)   **Nota:** Usted puede obtener servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado, de la red o fuera de la red, mencionado en el *Directorio de proveedores y farmacias* (por ejemplo Planned Parenthood). También puede obtener servicios de planificación familiar de una enfermera partera certificada de la red, un obstetra, un ginecólogo o un proveedor de cuidado primario. |  |
| Servicios dentales  El plan cubre los siguientes servicios:   * Examen oral completo (uno por proveedor/paciente) * Examen oral periódico, uno cada 180 días para miembros menores de 21 años, y cada 365 días para miembros de 21 años o mayores * Servicios preventivos incluyendo profilaxis, flúor para miembros menores de 21 años de edad, selladores y mantenedores de espacio * Radiografías de rutina/de diagnóstico * Servicio dental integral incluyendo diagnóstico que no es de rutina, servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prótesis, ortodoncia y servicios de cirugía   [List any additional benefits offered or modify language above as necessary to reflect additional benefits offered.] |  |
| Servicios de podiatría  El plan cubre los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie, los músculos y los tendones de la pierna que controlan el pie, y lesiones superficiales del pie distintos a aquellos asociados con un trauma * Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios de rehabilitación   * 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, en oficinas externas del hospital, oficinas de terapeutas independientes, de Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y de otras instituciones. * Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) * El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería para ciertas condiciones. * El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. * Servicios de rehabilitación pulmonar * El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya sea moderada o muy severa.   [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios de salud del comportamiento como paciente hospitalizado  El plan cubre los siguientes servicios:   * Internación para cuidados psiquiátricos en un hospital psiquiátrico privado o público independiente o un hospital general. * Para miembros de 22 a 64 años, que sean internados en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite de 190 días de por vida de ese miembro. * Internación para cuidados de desintoxicación. |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de salud mental y del trastorno del uso de sustancias en centros de salud mental de la comunidad  El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental acreditados de la comunidad:   * Evaluación de salud mental/entrevista para diagnóstico psiquiátrico * Tratamiento comunitario asertivo (ACT, por sus siglas en inglés) * Tratamiento intensivo basado en el hogar (IHBT, por sus siglas en inglés) * Evaluación, Intervención breve y referido al tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés) * Pruebas psicológicas * Servicios terapéuticos del comportamiento (TBS, por sus siglas en inglés)   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Servicios de salud mental y del trastorno del uso de sustancias en centros de salud mental de la comunidad (continuación)   * Rehabilitación psicosocial * Servicios de Tratamiento psiquiátrico de apoyo de la comunidad (CPST) * Terapia y consejería * Intervención de crisis * Control farmacológico * Ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en ciertos consultorios médicos * Hospitalización parcial por trastorno del uso de sustancias solamente   La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento del trastorno del uso de sustancias activo. Se ofrece como un servicio de atención hospitalaria a pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su médico o de su terapista. Para más información, lea “Servicios de salud del comportamiento como paciente hospitalizado” y “Cuidado de salud mental como paciente externo”. |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de salud mental y del trastorno del uso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones  El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones:   * Desintoxicación ambulatoria * Evaluación * Administración de caso * Consejería * Intervención de crisis * Atención intensiva ambulatoria * Examen de laboratorio/análisis de orina para la detección de alcohol/drogas * Médico/somático * Administración de metadona * Administración de medicamentos para la adicción en la oficina incluyendo vivitrol y la inducción de buprenorfina   Para más información lea “Servicios de salud del comportamiento como paciente hospitalizado” y “Cuidado de salud mental como paciente externo”. |  |
| [Plans should modify this section to reflect supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de transporte en caso de no emergencia (lea también “Servicios de ambulancia y camioneta para silla de ruedas”)  Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de cuidado de salud cubiertos, <plan name> le proveerá transporte a y desde el consultorio de su proveedor.  **Nota:** Además de la asistencia con transporte que <plan name> provee, usted puede obtener ayuda con transporte para ciertos servicios, a través del programa de Transporte, en caso de no emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado. |  |
| Servicios para controlar la diabetes  El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):   * Capacitación para controlar su diabetes, en algunos casos * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo: * Monitores de glucosa en sangre y tiras de prueba * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** |  |
| Servicios para controlar la diabetes (continuación)   * Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies: * Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año calendario, **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.  [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios para la audición y suministros  El plan cubre lo siguiente:   * Pruebas de audición y de equilibro para determinar si necesita tratamiento (cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado) * Audífonos, baterías y accesorios (incluyendo su reparación y/o reemplazo) * Los audífonos comunes están cubiertos cada 4 años * Los audífonos digitales/programables están cubiertos cada 5 años   [List any additional benefits offered or modify language above as necessary to reflect additional benefits offered.] |  |
| Servicios quiroprácticos  El plan cubre:   * Radiografías * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación   [List any additional benefits offered. Also, list any restrictions, such as the maximum number of visits.] |  |
| 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 ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado * 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   **Nota:** 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 ésta tabla. |  |
| Specialized Recovery Services (SRS) Program (Programa de servicios especializados de recuperación, SRS)  Si usted es un adulto a quien se le ha diagnosticado con una enfermedad mental grave y persistente y usted vive en la comunidad, posiblemente sea elegible para recibir SRS específicos para sus necesidades de recuperación. Si usted se inscribe en el programa SRS, el plan cubrirá los tres servicios siguientes:   * Administración de recuperación: los administradores de recuperación trabajarán con usted para: * desarrollar un plan de cuidado centrado en la persona, que refleje sus objetivos personales y sus resultados deseados; * vigilar de manera regular su plan, por medio de reuniones regulares, **y** * proporcionar información y referidos. * Individualized Placement and Support-Supported Employment (IPS-SE); (Colocación y respaldo personalizado; Empleo respaldado, IPS-SE): Los servicios de empleo respaldado pueden: * ayudarle a encontrar un trabajo, si le interesa trabajar; * evaluar sus intereses, capacidades y experiencia, en relación con sus objetivos de empleo; **y** * proporcionarle respaldo continuo para ayudar a conservar su empleo. * Recuperación con apoyo de personas en la misma situación: * otras personas que se han recuperado de las mismas condiciones comparten sus propias experiencias con enfermedades de salud mental y por abuso en el consumo de sustancias, para ayudarle a usted a alcanzar sus objetivos de recuperación; **y**   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** | Si usted está interesado en el programa SRS, usted será conectado con un administrador de recuperación que va a comenzar la evaluación de su elegibilidad y ver cosas tales como su diagnóstico y su necesidad de ayuda con actividades como sus citas médicas, interacciones sociales y habilidades de vida. |
| Specialized Recovery Services (SRS) Program (Programa de servicios especializados de recuperación, SRS) (continuación)   * los objetivos se incluyen en un plan de cuidado que usted mismo diseña, con base en sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y los respaldos.   La relación con personas en las mismas condiciones que usted, puede ayudarle a enfocarse en las estrategias y su avance hacia la autodeterminación, autodefensa, bienestar e independencia. |  |
| 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 en 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-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 |  |
| 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: pre-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.  [List any additional benefits offered.] | [Provide information on the circumstances under which the member may get additional hours of treatment if condition, treatment, or diagnosis changes, and whether prior authorization or a provider order is required.] |

# E. Servicios cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio

Cuando está lejos de su hogar o fuera del área de servicio (lea el Capítulo 1 [plans may insert reference, as applicable]) y necesita cuidados médicos [plans must explain the available services, including at a minimum emergency and urgent services, and how to access services].

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

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

# F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name> pero están disponibles a través de Medicare. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre los servicios que no cubre <plan name> pero que están disponibles a través de Medicare.

## 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.

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

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

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

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

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

### Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>

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

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su administrador de cuidados para hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. [Plans should include a phone number or other contact information for the care manager.]

# G. 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 cubre esos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos artículos 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 excluidos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*), excepto bajo 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, 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, 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 el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Artículos personales en su habitación en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
* Cuidado de custodia como paciente hospitalizado en un hospital.
* Cuidado de enfermería de tiempo completo en 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.
* Cuidado quiropráctico, distinto a los rayos X y la manipulación manual de la columna (ajustes) para corregir problemas de alineación conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare y Medicaid.
* Cuidado de los pies de rutina, excepto para el tratamiento limitado proporcionado según los reglamentos de Medicare y Medicaid.
* Zapatos ortopédicos, a menos que estos sean parte de una prótesis de una pierna y estén incluidos en el costo de la prótesis, o si los zapatos son para una persona diabética con enfermedad en el pie.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas diabéticas con enfermedad en el pie.
* Servicios por infertilidad en los hombres o las mujeres.
* Esterilización voluntaria si es menor de 21 años de edad o incapaz legalmente de dar su consentimiento para el procedimiento.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anti-conceptivos sin receta.
* Pruebas de paternidad.
* Abortos, excepto en el caso de una violación, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA).
* Servicios para investigar la causa de una muerte (autopsia).