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. Palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plan 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plan 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](#_Toc46155861)

[B. Reglas contra los proveedores cobrándole por sus servicios 2](#_Toc46155862)

[C. La tabla de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc46155863)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc46155864)

[E. Beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 47](#_Toc46155865)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 47](#_Toc46155866)

[F1. Cuidado en hospicio 47](#_Toc46155867)

[F2. Servicios dentales 48](#_Toc46155868)

[F3. Transporte que no es de emergencia 48](#_Toc46155869)

[F4. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo 48](#_Toc46155870)

[F5. Servicios de estabilización de vivienda 48](#_Toc46155871)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Rhode Island Medicaid 49](#_Toc46155872)

# A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles servicios <plan name> paga. También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable]. [Insert if applicable: En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.] [Plan may insert reference, as applicable.]

Si usted es elegible para servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), posiblemente tenga que pagar parte del costo de estos servicios. A esto se le llama “costo compartido”y la cantidad la determina Rhode Island Medicaid. Si no recibe o no es elegible para recibir LTSS, usted no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Lea el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a [plan may insert: su administrador de cuidados and/or Servicios al miembro] al <toll-free number>. [Plan should include any 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. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio.

**Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos.** Si esto pasa, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro. La única excepción es si usted está recibiendo LTSS y Rhode Island Medicaid dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios.

# C. La tabla de beneficios de nuestro plan

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

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

**Pagaremos por los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** A menos que usted reciba o sea elegible para servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), usted no pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación. Si usted es elegible para servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), posiblemente tenga que pagar parte del costo de estos servicios. A esto se le llama "costo compartido" y la cantidad la determina Rhode Island Medicaid.

* Sus servicios cubiertos de Medicare y Rhode Island Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Rhode Island Medicaid.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que es razonable que usted necesite servicios médicos, quirúrgicos u otros servicios, para prevenir, diagnosticar, o tratar una enfermedad médica o mantener su estado de salud actual. Esto también incluye cuidado que evita 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. Médicamente necesario incluye servicios para evitar que empeore una enfermedad.
* Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con su plan de cuidado. 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 [plan 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. [If the plan does not require referrals, omit the rest of this paragraph:] En casi todos los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a alguien que no sea su PCP o use otros proveedores. A esto se le llama un referido. En el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo obtener un referido y los casos en que no es necesario obtenerlo.
* Algunos de los servicios anotados en la tabla de beneficios serán cubiertos solamente 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 una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota al pie de la página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva]. [Insert if applicable: Además, usted deberá obtener aprobación previa para poder recibir los siguientes servicios, que no están incluidos en la Tabla de beneficios: [insert list].]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)”* in section B-19 of the Plan Benefit Package submission: **Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas**. Si usted tiene la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con ciertas condiciones médicas, usted puede ser eligible para beneficios adicionales [*insert if applicable*: y/o costo compartido reducido]:
  + [*List all applicable chronic conditions here.*]
  + [If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.]

Please see the “Help with certain chronic conditions” row in the Benefits Chart for more information.]

* Usted verá esta manzana Apple icon represents preventive services al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, if the plan covers a richer benefit, there is no need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Include the following where appropriate: Usted deberá hablar con su proveedor y obtener un referido.
* The plan must include any services provided in excess of the Medicare and Rhode Island Medicaid requirements. Preventive services must be identified with the apple icon.
* The plan should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. The plan 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.)
* The plan 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.
* The plan must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart.
* The plan 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.
* Plan should include all non-waiver LTSS in the chart in alphabetical order.
* All HCBS waiver services should be appended to the end of the chart.
* Plan 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, plan enters a blank return before right aligning and inserting at the bottom of the first part of the description:* **Este beneficio continúa en la página siguiente***. At the top of the next page where the benefit description continues, plan enters the benefit name again in bold followed by* **(continuación).** *Plan may refer to* **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** *and other examples later in this chart as examples. Plan should also be aware that the flow of benefits from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed.*]

| Servicios pagados por nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | [Plan should modify this as necessary.]  **Abortos**  El plan no pagará por abortos, excepto en casos de violación o incesto o si el embarazo amenaza la vida de la madre. | $0 |
|  | **Acupuntura para el dolor lumbar crónico**  El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:   * hace 12 semanas o más que tiene el dolor; * no es específico (no tiene una causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); * no está asociado a una operación; **y** * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*List any additional benefits offered.*] | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  **Agencias de cuidado de salud en el hogar**  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un proveedor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Servicios de enfermería especializada de tiempo completo, tiempo parcial o intermitentes, asistente de enfermería certificado y servicios de auxiliar de salud en el hogar * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios sociales y médicos * Equipo y suministros médicos   El plan pagará también otros servicios no anotados aquí. | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  **Atención en centros de enfermería** | [List copays.]  Si usted recibe cuidados de una centro de enfermería, posiblemente tenga que pagar parte del costo de sus servicios. A esto se le llama "costo compartido" y la cantidad la determina Rhode Island Medicaid. |
|  | [If this benefit is not applicable, plan should delete this row.]  **Ayuda con ciertas condiciones crónicas**  [Plan that offers targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),” which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. If offering SSBCI, plan must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | [List copays.] |
|  | **Beneficio nutritivo o dietético**  El plan pagará por terapia y asesoría de nutrición médica, proporcionadas por un dietético autorizado, para ayudarle a administrar enfermedades o problemas médicos crónicos, como diabetes, presión sanguínea alta, obesidad o cáncer. El plan también pagará por terapia y asesoría de nutrición médica si usted toma algún medicamento que pueda afectar la capacidad de absorción de nutrientes de su cuerpo o su metabolismo.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cirugías como paciente externo  El plan pagará por cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios. | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Cuidado de la vista  El plan pagará una vez cada dos años, por un examen de rutina de ojos y anteojos. Los lentes de los anteojos están cubiertos más de una vez cada dos años, sólo si es médicamente necesario. Los lentes de contacto podrían estar cubiertos si usted tiene una enfermedad visual u ocular que pueda tratarse mejor con lentes de contacto que con anteojos.  El plan pagará por los servicios de un médico y otro proveedor para paciente externo, por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Esto incluye exámenes anuales para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.  Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan pagará por exámenes de glaucoma. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen:   * personas con una historia familiar de glaucoma, * personas con diabetes, * personas afroamericanas de 50 años y mayores, **y** * personas hispanoamericanas de 65 años o mayores   [Plan should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan pagará por un par de lentes o de lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte un lente intraocular. (Si usted tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de lentes después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de lentes después de la primera cirugía).  [Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses.] | $0 |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que no es de emergencia, para tratar lo siguiente:   * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión aguda, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  **Cuidados de salud mental para pacientes externos**  El plan pagará por servicios de salud mental proporcionados por:   * centros de salud mental comunitarios, * 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 certificado por Medicare o por Rhode Island Medicaid, según las leyes aplicables del Estado.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | **Cuidados de salud mental para pacientes externos (continuación)**  El plan pagará por lo siguiente:   * Servicios clínicos * Tratamiento individual, en grupo y familiar * Intervención en crisis y estabilización * Servicios de emergencia * Evaluación diagnóstica * Pruebas sicológicas * Evaluación y administración de medicamentos * Servicios especializados para personas con enfermedades mentales graves, incluyendo Salud integral en el hogar y Tratamiento positivo en la comunidad * Hospitalización parcial * Tratamiento de día o de noche * Tratamiento intensivo como paciente externo * Casa club * Tratamiento de diagnóstico doble integrado, para personas con enfermedades mentales y por abuso en el uso de sustancias * Tratamiento de salud mental por orden judicial   El plan también puede pagar por otros servicios que no están anotados aquí.  [List any additional benefits offered.] |  |
|  | Cuidados en hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [List co-pays.] |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su proveedor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará por lo siguiente mientras usted recibe servicios en un hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados en el hogar   **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare 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> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan pagará los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted [insert as appropriate: paga la cantidad de costo compartido del plan **or** no paga nada] por estos servicios.   Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:   * Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable].   Nota: 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. [Plan should include a phone number or other contact information.]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta en un hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de residencia en un hospicio para enfermos terminales.] |  |
|  | **Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado**  [List any restrictions that apply.]  El plan pagará por los cuidados médicamente necesarios en un hospital como paciente hospitalizado. El plan cubre los siguientes servicios:   * 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 y otras pruebas diagnósticas * Radiografías y otros servicios de radiología, incluyendo los materiales del técnico y servicios * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Terapia física, ocupacional y del habla * Servicios de tratamiento como paciente hospitalizado por consumo de sustancias   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Usted deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | **Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)**   * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * El plan pagará por sangre entera, glóbulos rojos concentrados y otros productos de sangre. * Servicios médicos * Trasplantes, incluyendo trasplantes de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales. Podrían estar cubiertos otros tipos de trasplantes.   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. [Plan should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante fuera del área de servicio 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.]  [Plan may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | **Cuidado encentros de enfermería especializada (SNF)**  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario * Alimentos, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos como parte de sus cuidados, incluyendo sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores coagulantes de sangre * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * El plan pagará por sangre entera, glóbulos concentrados y otros componentes de sangre, incluyendo su almacenamiento y administración comenzando desde la primera unidad. * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería * Análisis de laboratorio proporcionados por centros de enfermería * Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería * Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería * Servicios de un médico o proveedor   El plan también puede pagar otros servicios no anotados aquí.  Usted normalmente recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente pueda recibir su cuidado de una centro fuera de la red. Usted puede obtener su cuidado de los siguientes lugares, si ellos aceptan las cantidades pagadas por nuestro plan:  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | **Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)**   * Un hogar para personas de la tercera edad o comunidad de jubilados con cuidado continuo, donde usted haya vivido anteriormente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcionen cuidados de enfermería especializada) * Una centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento de dejar el hospital. |  |
|  | **Cuidados médicos de emergencia**  Cuidado de emergencia significa servicios que son:   * ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** * necesarios para tratar una emergencia médica.   Una emergencia médica es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:   * riesgo grave para su salud o la del feto; **o** * daños graves a las funciones del cuerpo, **o** * funcionamiento grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, **o** * en el caso de una mujer embarazada, trabajo de parto activo, cuando: * no hay tiempo suficiente para transportar a la paciente 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   El plan pagará cuidados médicos de emergencia y servicios de transporte de emergencia.  [Also identify whether the plan only covers emergency care within the U.S. and its territories as required or also covers emergency care as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.] | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después que su emergencia ha sido estabilizada, [plan 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)]. |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  **Dispositivos prostéticos y suministros relacionados**  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará por los siguientes aparatos prostéticos:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * Marcapasos * Aparatos ortopédicos * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)   Además, el plan pagará por algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también pagará por la reparación o por el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Vea la sección de arriba para más información sobre el “Cuidado de la vista” [plan may insert reference, as applicable].  [If the plan pays for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] El plan no pagará dispositivos protésicos dentales.  El plan podría pagar por otros dispositivos no anotados aquí. | $0 |
|  | [If the plan covers durable medical equipment as a Rhode Island Medicaid benefit, modify the following description if necessary.]  **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**  (Lea en el Capítulo 12 de este manual la definición de "Equipo médico duradero (DME)" [plan may insert reference, as applicable].)  Los siguientes son ejemplos de "equipo médico duradero" 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 de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores   Otros artículos podrían estar cubiertos.  [If the plan does not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Nosotros pagaremos por todo el equipo médico duradero necesario que Medicare y Rhode Island Medicaid generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, usted podría preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted.]  Este beneficio continúa en la página siguiente | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  [If the plan limits 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 equipo médico duradero de <plan name> La lista le informa sobre las marcas y los fabricantes de equipo médico por el que pagaremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <web address>.  Generalmente <plan name>, cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare y Rhode Island Medicaid, de las marcas y fabricantes incluidos en esta lista. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su doctor u otro proveedor nos indiquen que usted necesita dicha marca. Sin embargo, si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo usted debería hablar con su proveedor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su proveedor, puede pedirle que le envié con otro médico para recibir una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor 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 [plan may insert reference, as applicable].)] |  |
|  | Equipo médico especial/dispositivos auxiliares menores  El plan pagará por equipo médico y dispositivos para facilitarle las actividades diarias, como comer y bañarse. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para paciente externo  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos, y suministros * Suministros quirúrgicos, como vendajes * Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos * Suministros para incontinencia, como pañales, almohadillas y protectores [plan may move incontinence supplies to a more appropriate category in the Benefits Chart if it would like to do so.] * Análisis de laboratorio * Sangre y almacenamiento de sangre y su administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo   El plan también puede pagar por otros servicios que no están anotados aquí.  [Plan can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
|  | Exámenes y orientación por el abuso de alcohol  El plan pagará por exámenes para establecer el abuso de alcohol.  Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá sesiones de consejería con un proveedor calificado o un médico.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*If the plan will or expects to use Part B step therapy, the plan should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy* *as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> pagará por 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 proveedor certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas   Este beneficio continúa en la página siguiente | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la erythropoiesis [plan may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   [Insert if applicable*:* El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de Medicare de la Parte B y la Parte D.  El Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] explica los beneficios de medicamentos de receta para pacientes externos y también las reglas que usted debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [*plan may insert reference, as applicable*] explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan. | $0 |
|  | Modificaciones medioambientales o del hogar  El plan pagará por cambios en su hogar para ayudarle a vivir seguramente en su hogar. Los siguientes son ejemplos de los servicios cubiertos:   * Barras de asidero * Sillas para ducha * Utensilios para comer * Asientos elevados para inodoro * Rampas para sillas de ruedas * Postes verticales   Posiblemente haya otros servicios cubiertos. | $0 |
|  | Servicios de tratamiento como paciente externo por consumo de sustancias  El plan pagará por:   * Consejería por el consumo de sustancias * Tratamiento asistido con medicamentos, incluyendo dosis consejería y recetas para tratamientos con opioides como metadona, y suboxone * Servicios de salud en el hogar del Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), el cual provee recursos a aquellos miembros dependientes de opioides los cuales están actualmente recibiendo, o que llenan los criterios para recibir, el tratamiento asistido por medicamentos. * Desintoxicación con administración médica, en un entorno hospitalario o programa de desintoxicación * Tratamiento de diagnosis doble integrada para personas con enfermedades mentales y enfermedades por uso de sustancias * Tratamiento por orden judicial para el consumo de sustancias   El plan también podría pagar por otros servicios no anotados aquí.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreo. La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por el plan.  En aquellos casos que no sean emergencias, el plan podría pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, llevarle a algún lugar de cuidados por otros medios podría poner en riesgo su vida o su salud. | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de cuidados en el hogar  El plan pagará por servicios de cuidado personales, como ayuda para vestirse y comer y servicios en el hogar, como ayuda para lavar la ropa y hacer compras. Los servicios de cuidados en el hogar no incluyen cuidado de respiro ni cuidado de día.  Es posible que el plan también pague por otros servicios no incluidos aquí.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de día para adultos  El plan pagará por servicios de día para adultos  [List any additional benefits offered, including different levels of service available.] | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo  El plan pagará por los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes externos de un hospital.  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Servicios en 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](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf) * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos, como entablillados y yesos * Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   El plan también podría pagar por otros servicios no anotados aquí.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como:   + Un consultorio médico   + Un centro quirúrgico ambulatorio certificado   + Una clínica de pacientes externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [insert as applicable: proveedor de cuidado primario **or** especialista], si su proveedor lo ordena para ver si usted necesita tratamiento * Breves chequeos virtuales * Evaluación remota de imágenes y/o videos pregrabados * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono o Internet, o historia clínica electrónica si no es un nuevo paciente   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación)   * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud adicionales, incluidos aquellos para [insert specific Part B services the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member]   + Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.   + [List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]] * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía * Cuidado dental y oral que no sea de rutina, incluyendo los cargos por sala de operaciones y servicios de anestesia. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: * cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, * reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, * extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, **o** * servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [Plan should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir que usted puede recibir servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar dentro o fuera de la red.  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar * Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) * Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) * Consejería y diagnóstico sobre la 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) * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días). * Consulta sobre genética.   El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)   * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, incluyendo la administración de casos para personas que viven con VIH/SIDA y servicios de administración de cuidados no médicos para personas que viven con VIH, SIDA o están a riesgo de contraer el VIH. * Pruebas genéticas |  |
|  | Servicios de podiatría  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) * Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan pagará por servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de un proveedor.  El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente externo  El plan pagará por terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia del lenguaje, terapia de la audición y terapia respiratoria.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y de otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  El plan pagará por programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El miembro deberá tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plan should may modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de salud mental como paciente hospitalizado   * El plan pagará por servicios de cuidado de salud mental que requieran una estadía en el hospital. | $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 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 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de tratamiento residencial de salud mental y por consumo de sustancias  El plan pagará por:   * Servicios de tratamiento residencial de salud mental a corto y largo plazo * Tratamiento residencial por consumo serio de sustancias   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios para evitar una admisión en un hospital o centro de enfermería especializada  El plan pagará por un grupo limitado de servicios para personas a alto riesgo de una hospitalización o admisión en una centro de enfermería especializada:   * Servicios de ama de casa, como preparación de alimentos o tareas de rutina en el hogar * Cambios menores a su casa, como instalación de barras de asidero, sillas de ducha y asientos elevados para inodoro * Servicios de terapia física antes de una cirugía, si la terapia mejorará la recuperación o reducirá el tiempo de rehabilitación * Evaluación de terapia física para aparatos o dispositivos de accesibilidad en el hogar * Servicios de respiro o cuidados temporero   [List any additional benefits offered and additional information on how to qualify for the services.] | $0 |
|  | [If the plan covers hearing services as a Rhode Island Medicaid benefit, modify the following description if necessary. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios para la audición  El plan paga por pruebas de rutina de audición y de equilibro, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  El plan también cubre audífonos y evaluaciones para el ajuste de audífonos una vez cada tres años.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.   [List any Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su proveedor deberá darle un referido. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporeramente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial. * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis. * Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar. * Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tal como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (continuación)  Sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, por favor lea “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla. |  |
|  | **Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés)**  El plan pagará la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:   * Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET * 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado primario 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 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | **Adiestramiento en el manejo de la diabetes, servicios y suministros**  El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (usen o no, la insulina):   * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * Un monitor de glucosa en la sangre * Tiras de prueba para la glucosa en la sangre * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan pagará lo siguiente: * Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, **o** * Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos)   El plan también pagará por la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.   * En algunos casos, el plan pagará por educación para ayudarle a controlar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  Si usted usa tabaco, el plan pagará por consejería en persona para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco.   * El plan pagará también por consejería y respaldo por teléfono.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Consultas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  El plan paga consultas con su proveedor de cuidado primario para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su proveedor puede:   * hablarle sobre el uso de la aspirina, * revisar su presión arterial (de la sangre), **o** * darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan pagará por única vez una ecografía de detección para las personas a riesgo. El plan solamente cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene un referido para el examen de su médico, asistente médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  El plan pagará por consejería para bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlada con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List co-pays for additional benefits.] |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | **Exámenes de VIH**  El plan paga por exámenes y pruebas de detección de VIH. El plan también paga por la administración de casos médicos, para las personas que viven con VIH/SIDA y servicios de administración de casos no médicos para personas que vivan con VIH/SIDA o tengan riesgo de contraer una infección por VIH.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para controlar la diabetes  El plan pagará exámenes para controlar la diabetes (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas)  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal  El plan pagará por:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratoria) * Prueba de sangre oculta en la materia fecal * Colonoscopía exploratoria (o una enema de bario exploratoria) * Examen de sangre oculta en las heces a base de guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses o como médicamente necesario * Examen colorrectal a base de ADN, cada 3 años o como médicamente necesario   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)  El plan pagará por mamografías y exámenes clínicos de los senos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  El plan pagará por pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará por exámenes para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * Tiene de 55 a 77 años de edad, **y** * Tiene una visita de asesoría y toma de decisiones con su médico u otro proveedor autorizado, **y** * Fumó por lo menos una cajetilla de cigarrillos durante 30 años sin otros síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.   Después del primer examen, el plan pagará por otro examen cada año con una orden firmada de su médico u otro proveedor autorizado.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para detectar la depresión  El plan pagará por exámenes para detectar la depresión. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan paga por 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.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan pagará por exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un proveedor de cuidado primario deberá ordenar las pruebas.  El plan también pagará por sesiones, en persona, intensivas de consejería del comportamiento, una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual.  [Also list any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Medición de la masa ósea (de los huesos)  El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos.  El plan también pagará por un proveedor que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | [If this benefit is not applicable, plan 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.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de dieta a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Vacunas (inmunizaciones)  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias * Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B * Otras vacunas, si usted está a riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare o de Rhode Island Medicaid   El plan pagará por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Rhode Island Medicaid o de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Visita anual para el cuidado de su salud  El plan pagará por un examen anual una vez cada 12 meses. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. | $0 |
| Icono de manzana roja representa servicios preventivos. | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  El plan cubrirá una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:   * un examen de su salud, * educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), **y** * referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita.   **Nota:** Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su proveedor que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

Nuestro plan también cubre por servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) para los miembros que los necesiten y sean elegibles para LTSS a través de Rhode Island Medicaid. Posiblemente usted tenga que pagar por parte del costo de los servicios. A esto se le llama "costo compartido" y la cantidad que usted paga la determina Rhode Island Medicaid. [Plan to provide additional information, before the table or in each row of the table, on how to qualify for the services, additional benefits covered and any service exclusions.]

| Servicios de LTSS | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- |
| Acompañante para personas de la tercera edad o adultas  El plan pagará por ayuda no médica y respaldo social con las actividades diarias, como preparación de alimentos, lavandería y compras. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Ama de casa  El plan pagará por servicios de ama de casa para ayudar con tareas generales en el hogar, como preparación de alimentos o limpieza general en el hogar. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Asistencia de cuidado personal  El plan pagará por la asistencia con las actividades diarias en su hogar o en la comunidad, si usted tiene alguna discapacidad y no puede realizar las actividades usted mismo. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Enfermería de servicio privado  El plan pagará por cuidados individuales y continuos, proporcionados en su hogar por enfermeras tituladas. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Meals on Wheels (Alimentos sobre ruedas)  El plan pagará por lo menos por una comida diaria, cinco días a la semana, entregados en su hogar. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Respaldos de día  El plan pagará por servicios para ayudarle con sus destrezas de autoayuda y sociales. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Respaldos de empleo  El plan pagará por servicios, como supervisión, transporte o capacitación, para ayudarle a obtener o conservar un trabajo. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| **Respaldos residenciales**  El plan pagará por servicios para ayudarle con las actividades diarias de la vida en su hogar, como aprender a preparar alimentos y hacer tareas del hogar. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Respiro  El plan pagará por servicios de cuidados a corto plazo o temporeros, cuando la persona que le cuida no esté disponible para darle cuidados. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Rite @ Home (Arreglos de vida respaldada, Vida compartida)  El plan pagará por cuidados personales y otros servicios proporcionados por una persona que le cuide y viva en su casa. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de enfermería especializada  El plan pagará por servicios de enfermería especializada. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de rehabilitación  El plan pagará por servicios de terapia física, ocupacional y del habla en centros de rehabilitación como paciente externo. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de transición a la comunidad  El plan proporcionará servicios para ayudarle a mudarse de una instalación o centro de enfermería especializada a una residencia privada. El plan también pagará una sola vez por algunos gastos para ayudarle a establecer una residencia privada, cuando usted se mude de una centro de enfermería especializada a una residencia privada. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios y respaldos autodirigidos  Si usted está inscrito en el programa Personal Choice, el plan pagará por:   * Servicios, equipo y suministros que le ayuden a vivir en la comunidad * Servicios para ayudarle a dirigir y pagar sus propios servicios. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Sistema de respuesta a emergencia personales  El plan pagará por dispositivos electrónicos para ayudarle a recibir ayuda en una emergencia. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Vivienda asistida  El plan pagará por servicios y respaldos para que usted viva en una institución de vivienda asistida. | Determinado por Rhode Island Medicaid |

# E. Beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If the plan offers a visitor/traveler program to members who are out of its service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage.]

# F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name> pero están disponibles a través de Medicare [insert if appropriate: o Rhode Island Medicaid].

## F1. Cuidado en hospicio

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

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

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

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

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

**Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>.**

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

**Nota:** 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. [Plan should include a phone number or other contact information.]

## F2. Servicios dentales

Rhode Island Medicaid cubre cuidados dentales regulares, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas. Deberá usar su tarjeta de identificación de Rhode Island Medicaid y acudir a un proveedor que acepte Rhode Island Medicaid para sus cuidados dentales regulares. No obstante, el cuidado dental para tratar enfermedades o lesiones podría estar cubierto por el plan, como cuidados como paciente hospitalizado o como paciente externo. Llame a <plan name> al <toll-free number> (TTY: <TTY number>) si no está seguro si el plan o Rhode Island Medicaid cubre los servicios dentales que usted necesita o si necesita ayuda para encontrar un dentista.

## F3. Transporte que no es de emergencia

Usted puede ser elegible para un pase de autobús RIPTA de tarifa reducida. Para obtener un pase de autobús RIPTA de tarifa reducida, visite RIPTA Identification Office en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 o la oficina de Servicio al cliente de RIPTA en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 (TTY: 1-800-745-5555) para obtener más información.

Si no puede usar un pase de autobús RIPTA de tarifa reducida, Rhode Island Medicaid cubre servicios de transporte que no sean emergencia para acudir al médico, al dentista o a otras citas relacionadas con el cuidado de la salud. Si necesita transporte de emergenciarutina que no sea de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711), de 5:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes, o a <plan name> al <toll-free number> (TTY: <TTY number>).

Usted puede pedir transporte para cuidados de urgencia las 24 horas del día, 7 días de la semana. El transporte que no es de cuidados de urgencia debe programarse por lo menos 48 horas antes de su cita. [Plan should add additional information on accessing transportation services as needed.]

## F4. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo

Los servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo están cubiertos por Rhode Island Medicaid. Llame a <plan name> al <toll-free number> (TTY: <TTY number>) si usted no está seguro si los servicios que usted necesita están cubiertos por el plan o por Rhode Island Medicaid.

## F5. Servicios de estabilización de vivienda

Si usted no tiene hogar, está a riesgo de quedar sin hogar o se está mudando de un hogar de enfermería especializada a la comunidad, usted podría obtener servicios de Rhode Island Medicaid para ayudarle con sus problemas de vivienda. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios que cubre Rhode Island Medicaid o si quiere un referido para este programa, llame a <plan name> al <toll-free number>, (TTY: <TTY number>).

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

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no pagará por esos beneficios. Medicare y Rhode Island 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 pagará los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las condiciones específicas anotadas. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Lea el Capítulo 9, si necesita más información sobre cómo apelar [plan may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita 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 Rhode Island Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits or are required to be covered by Rhode Island Medicaid or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Rhode Island Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When the plan partially excludes services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plan may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plan may also add exclusions as needed.]

* Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Rhode Island 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 [plan 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 o Rhode Island Medicaid paguen por ello.
* Abonos al gimnasio.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Artículos personales en su habitación de un hospital o en una centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.
* [Plan should delete this if State allows for this:] Los honorarios cobrados por su cónyuge, tutor o representante legal.
* 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 la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte del arnés para una pierna y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
* [Plan should delete this if supplemental:] Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para problemas de la vista.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos de venta sin receta.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos (VA) y hay un costo compartido del VA, le reembolsaremos al veterano la cantidad que haya pagado.