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 debe pagar por cada servicio]. También le informa los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave 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, "refer to Chapter 9, Section A, page 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 contenidos

[A. Sus servicios cubiertos 2](#_Toc106084131)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc106084132)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 2](#_Toc106084133)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 3](#_Toc106084134)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc106084135)

[E. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 50](#_Toc106084136)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 50](#_Toc106084137)

[F1. Cuidados en hospicio 50](#_Toc106084138)

[F2. Servicios dentales 51](#_Toc106084139)

[F3. Transporte que no sea de emergencia 51](#_Toc106084140)

[F4. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo 52](#_Toc106084141)

[F5. Servicios de estabilización en el hogar 52](#_Toc106084142)

[G. Beneficios que no están no cubiertos por <plan name>, Medicare ni Rhode Island Medicaid 52](#_Toc106084143)

# Sus servicios cubiertos

Este capítulo de informa sobre los servicios que cubre <plan name>. También podrá informarse sobre los servicios que 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 recibe o comienza a ser elegible para recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de estos servicios. A esto se le llama “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina el monto. Si no recibe o no comienza a ser elegible para recibir LTSS, no pagará nada por los servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para saber qué servicios están cubiertos, llame [plan may insert: al administrador de cuidados and/or Servicios al miembro] al <toll-free number>. [Plan should include any other contact information.]

[*As applicable, plans include the following subsection heading, a similar update to the Table of Contents, and information as indicated below*. *This section is optional.*]

## A1. Durante emergencias de salud pública

[*Any plan providing required coverage and permissible flexibilities to members subject to a public health emergency declaration (e.g., the COVID-19 pandemic) concisely describes the coverage and flexibilities here or includes general information about the coverage and flexibilities along with any cross references, as applicable. The plan includes whether such coverage and flexibilities are contingent upon the duration of the public health emergency, which may or may not last for the entire year. The plan also includes any specific contact information, as applicable, where members can get more details.*]

# Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No les permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y evitamos que usted tenga que pagar facturas. Esto ocurre incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

**Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por los servicios cubiertos.** Si esto ocurre, consulte 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 le informa que usted tiene que pagar parte del costo de esos servicios.

# Tabla de beneficios de nuestro plan

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

En la Sección D de la Tabla de beneficios se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Allí encontrará listas de categorías de servicios por orden alfabético y una explicación sobre qué 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 reciba o comience a ser elegible para recibir los 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 recibe o comienza a ser elegible para recibir LTSS, es posible que tenga que pagar parte del costo de estos servicios. A esto se le llama “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina el monto.

* Sus servicios cubiertos por Medicare y Rhode Island Medicaid deben proporcionarse 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 usted necesita servicios médicos, quirúrgicos u otros servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. Además, incluye aquellos suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. “Médicamente necesario” incluye servicios para evitar que empeore una afección de salud.
* 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 de salud. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] tiene 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 el cuidado y está a cargo de esta. [If the plan does not require referrals, omit the rest of this paragraph:] En la mayoría de los casos, su PCP deberá dar previamente su aprobación para que usted pueda acudir a otro PCP o utilizar otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como un referido. El Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo obtener un referido y explica cuándo no es necesario que lo obtenga.
* Algunos servicios enumerados 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 (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota de pie de página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva]. [Insert if applicable: Además, usted debe obtener PA para los siguientes servicios que no se incluyen 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 determinadas afecciones crónicas.** Si usted tiene alguna de las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales [insert if applicable: 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.]

Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios para más información.]

* Usted encontrará esta manzana manzana

  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo 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 PA. (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.]

# 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 que paga nuestro plan** | | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- | --- |
|  | [Plan should modify this as necessary.]  Aborto  El plan no pagará un aborto salvo en casos de violación o incesto o si el embarazo pone en peligro 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 ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); * no está asociado a ninguna operación, **y** * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*List any additional benefits offered.*] | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Agencia de cuidados 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 estos deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  El plan pagará los siguientes servicios:  Servicios de enfermería especializada, auxiliar de enfermería certificado y auxiliar de salud en el hogar de tiempo completo, tiempo parcial o intermitente  Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  Servicios sociales y médicos  Equipos y suministros médicos  El plan también puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista. | $0 |
|  | [If this benefit is not applicable, plan should delete this row.]  Ayuda con ciertas afecciones 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 nutricional/dietético  El plan pagará la terapia de nutrición médica y el asesoramiento que proporcione un dietista autorizado para ayudarlo a controlar una enfermedad crónica o un problema médico como la diabetes, la hipertensión, la obesidad o el cáncer. El plan también pagará la terapia de nutrición médica y el asesoramiento si está tomando un medicamento que puede afectar la capacidad de su cuerpo para absorber nutrientes o su metabolismo.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):  Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente:   * Un monitor de glucosa en sangre * Tiras de prueba para la glucosa en sangre * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores   Para las personas con diabetes que tengan enfermedad grave de pie diabético, 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 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 la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.  En algunos casos, el plan pagará educación para ayudarlo a controlar la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cirugía como paciente ambulatorio  El plan pagará cirugías como paciente ambulatorio y servicios en centros para pacientes ambulatorios en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  Si consume tabaco, el plan pagará el asesoramiento personal para ayudarlo a dejar de fumar o consumir tabaco.  El plan también pagará por asesoramiento y apoyo telefónico.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Consultas anuales de rutina  El plan pagará un control anual cada 12 meses. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Consultas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  El plan paga las consultas con su proveedor de cuidado primario para ayudar a reducir su 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 |
|  | Cuidado de emergencia  “Cuidado de emergencia” significa servicios que son:  ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y**  necesarios para tratar una emergencia médica.  Una “emergencia médica” es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria, cuya gravedad sea tal que, si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud promedios podría esperar que derivase en:  riesgos graves para su salud o la del feto; **o**  daños graves a las funciones corporales; **o**  disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**  en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:   * No hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes del parto. * El traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   El plan pagará el cuidado de emergencia y los 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 se haya estabilizado, [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).] |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | [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 un examen de ojos de rutina y lentes una vez cada dos años. Los lentes para anteojos están cubiertos más de una vez cada dos años solo si es médicamente necesario. Los lentes de contacto pueden estar cubiertos si tiene una afección en la vista o los ojos que se trata mejor con lentes de contacto que con anteojos.  El plan pagará servicios de un médico y otro proveedor para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.  El plan pagará por exámenes para detectar el glaucoma para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma son:  personas con una historia familiar de glaucoma,  personas con diabetes,  personas afroamericanas mayores de 50 años, **y**  personas hispanoamericanas mayores de 65 años.  [Plan should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. No podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió uno después de la primera cirugía).  [Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses.] | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]  El plan pagará los siguientes servicios:  Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario  Comidas, incluyendo dietas especiales  Servicios de enfermería  Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidado, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea  Sangre, incluido el almacenamiento y la administración   * El plan pagará por la sangre entera, los glóbulos rojos empacados y todos los otros componentes de la sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración, a partir de la primera unidad. * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería   Exámenes 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  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)  El plan también puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista.  Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan:  Un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería)  Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o su pareja de hecho al momento de abandonar el hospital |  |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es cuidado que no es de emergencia que se da para tratar:  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 (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan o si es fin de semana).  [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 ambulatorios  El plan pagará servicios de salud mental proporcionados por:  centros comunitarios de salud mental certificados (CMHC),  un psiquiatra o médico con licencia del estado,  un psicólogo clínico,  un trabajador social clínico,  un enfermero clínico especializado,  un enfermero con licencia,  un asistente médico **o**  cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare o Rhode Island Medicaid según las leyes aplicables del estado.  El plan pagará lo siguiente:  Servicios clínicos  Tratamiento individual, grupal y familiar  Intervención y estabilización en caso de crisis  Servicios de emergencias  Evaluación de diagnóstico  Pruebas psicológicas  Evaluación y administración de medicamentos  Servicios especializados para personas con enfermedades mentales graves, incluyendo el Hogar de salud integrado y el Tratamiento comunitario afirmativo  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)  Hospitalización parcial  Tratamiento de día/de noche  Tratamiento intensivo ambulatorio  Casa club  Tratamiento integrado de diagnóstico dual para personas con enfermedades mentales y trastornos por abuso de sustancias  Tratamiento de salud mental con orden judicial  El plan también puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista.  [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en centros de enfermería | [List copays.]  Si usted recibe cuidados en un centro de enfermería, es posible que tenga que pagar parte del costo de sus servicios. A esto se le llama “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina el monto. |
|  | Cuidados en hospicio  Usted tiene derecho a elegir el 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. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:  Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor  Cuidados de respiro a corto plazo  Cuidados de salud 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 obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.  **Para los servicios cubiertos por <plan name> que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:**  <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted [insert as appropriate: paga el monto del costo compartido del plan **or** no paga nada] por estos servicios.  Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:  Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, deberá 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.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan pagará los cuidados hospitalarios médicamente necesarios. 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  Pruebas de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico  Radiografías y otros servicios de radiología, incluyendo los materiales y servicios técnicos  Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios  Aparatos, como sillas de ruedas  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Usted deberá obtener la 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)  Servicios de sala de operaciones y de recuperación  Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  Servicios para el tratamiento del abuso de sustancias, como paciente hospitalizado  Sangre, incluido el almacenamiento y la administración   * El plan pagará por la sangre entera, los glóbulos rojos empacados y todos los otros componentes de la sangre.   Servicios médicos  Trasplantes, incluyendo los de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinales o multiviscerales. Pueden 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 recibir 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 un lugar lejano 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.] |  |
|  | [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 los siguientes dispositivos 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 algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también cubrirá la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plan may insert reference, as applicable].  [If the plan pays for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] El plan no pagará dispositivos prostéticos dentales.  El plan puede pagar otros dispositivos que no estén incluidos en esta lista. | $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  (Consulte la definición de “equipo médico duradero (DME)” en el Capítulo 12 [plan may insert reference, as applicable] así como el Capítulo 3, Sección M de este manual).  Los siguientes artículos son ejemplos de DME cubiertos:  Sillas de ruedas  Muletas  Sistemas de camas eléctricas  Suministros para diabéticos  Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar  Bombas para infusión intravenosa (i.v.)  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:Pagaremos por todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario, por el que Medicare y Rhode Island Medicaid usualmente pagan. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted les puede 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.): Junto con este Manual del miembro, le enviamos la lista de equipos médicos duraderos de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. Asimismo, en nuestro sitio web <web address>, encontrará la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores del plan.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico cubierto en la lista de marcas y fabricantes de Medicare y Rhode Island Medicaid. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita esa marca. Pero si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) 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 pedir 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, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]).] |  |
|  | Equipos médicos especiales/dispositivos de asistencia menores  El plan pagará los equipos y suministros médicos especiales para facilitarle las actividades diarias, como comer y bañarse. | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan pagará una sola ecografía de detección para las personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio  El plan pagará los siguientes servicios:  Radiografías  Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo los materiales y suministros que usan los técnicos  Suministros quirúrgicos, como vendajes  Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones  Suministros para la incontinencia, como pañales, protectores absorbentes y protectores íntimos [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 y administración de sangre  Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio  El plan también puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista.  [Plan can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  El plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Usted deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primariopara obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  El plan pagará las mamografías y los exámenes de mamas.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  El plan pagará las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes para detectar la depresión  El plan pagará exámenes para la depresión. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento complementario y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes para detectar la diabetes  El plan pagará exámenes para diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayuno).  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan paga 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 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Exámenes y consejería para el abuso de alcohol  El plan pagará exámenes por el consumo excesivo de alcohol.  Si el resultado de su examen de consumo excesivo de alcohol es positivo, el plan cubre sesiones de orientación con un proveedor calificado o un profesional.  [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 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 ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria  Medicamentos que usa junto con equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)  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 cubiertos 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  Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [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 terapia escalonada: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)  El Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio. También explica las reglas que 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 ambulatorio mediante nuestro plan. |  |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Medición de la masa ósea  El plan pagará ciertos procedimientos para aquellos miembros que cumplan con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir 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 para que un proveedor estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Modificaciones del entorno o del hogar  El plan pagará los cambios en su hogar o vehículo para ayudarlo a vivir de forma segura en su hogar. Los siguientes son ejemplos de servicios que están cubiertos:   * Barandas para sostenerse * Sillas para duchas * Utensilios para comer * Asientos de inodoro elevados * Rampas para sillas de ruedas * Bastones   También se pueden cubrir otros servicios. | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios del programa prevención de diabetes de Medicare (MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:  cambio de alimentación a largo plazo, **y**  aumento de la actividad física, **y**  maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | [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 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan pagará exámenes para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un proveedorde cuidado primario debe ordenar las pruebas.  El plan también pagará sesiones intensivas de asesoramiento del comportamiento en persona una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener STI.  [Also list any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Pruebas para detectar cáncer colorrectal  El plan pagará:  Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratorio)  Prueba de sangre oculta en heces  Colonoscopía exploratoria (o enema de bario exploratorio)  Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses o según sea médicamente necesario  Cribado colorrectal basado en el ADN, cada 3 años o según sea médicamente necesario  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Pruebas para detectar cáncer de próstata  El plan pagará los siguientes servicios:  Un examen de tacto rectal  Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Pruebas para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:  tiene entre 50 y 77 años, **y**  tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, **y**  ha fumado al menos 1 paquete al día durante 30 años sin signos ni 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 especializado.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Pruebas para detectar el VIH  El plan paga por los exámenes y las pruebas de detección de VIH. El plan también pagará la administración de casos médicos para personas que viven con VIH/SIDA y los servicios de administración de cuidados no médicos para personas que viven con VIH/SIDA o corren el riesgo de contraerlo  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda cuidar de usted.  Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia en otras situaciones deber ser aprobados por el plan.  En los casos que no sean emergencias, el plan podrá pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan 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 cuidado en el hogar  El plan pagará los servicios de cuidado personal, como ayuda para vestirse y comer, y servicios domésticos, como la lavandería y las compras. Los servicios de cuidado en el hogar no incluyen los cuidados de relevo ni los cuidados de día.  El plan también puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de día para adultos  El plan pagará por los servicios de día para adultos.  [List any additional benefits offered, including different levels of service available.] | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente ambulatorio  El plan cubrirá los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.  El plan pagará los siguientes servicios:  Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, 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 ambulatorio”.   + Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: [www.medicare.gov/media/11101](https://www.medicare.gov/media/11101)   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  **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de hospital como paciente ambulatorio (continuación)  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 puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios  El plan pagará los siguientes servicios:  Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarias en lugares como:   * consultorios * centro de cirugía ambulatoria certificado * departamentos de pacientes ambulatorios en 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 indica para ver si necesita tratamiento.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a 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, incluidos [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member). Plans may refer members to their medical coverage policy here].] * 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. [The plan may modify as necessary if benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.] * [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.] * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act:* Algunos servicios de teleasistencia como, por ejemplo, consultas, diagnósticos y tratamientos realizados por un médico o profesional de la salud, para miembros que residen en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] * Servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal (ESRD)que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus * Servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:   + Usted tiene programada una visita presencial en los seis meses anteriores a su primera visita médica virtual.   + Usted tiene programada una visita presencial en los seis meses anteriores a su primera visita médica en remoto.   + En determinadas circunstancias, se podrán hacer excepciones con respecto a lo anterior. * Servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente * Visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que:   + usted no sea un paciente nuevo **y**   + la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y**   + la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible * Evaluación del video y/o las imágenes enviadas a su doctor, así como su interpretación y seguimiento por parte de su doctor en las 24 horas siguientes, siempre que:   + usted no sea un paciente nuevo **y**   + la evaluación no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y**   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * + la evaluación no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historial clínico electrónico si no es un nuevo paciente   Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historial clínico electrónico si no es un nuevo paciente  Segunda opinión [insert if appropriate:de otro proveedor de la red] antes de una cirugía  Atención dental y oral no rutinaria, incluyendo los gastos de quirófano y los 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 significa que puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar de la red o fuera de la red.  El plan pagará 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)  Asesoramiento y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados  Asesoramiento y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/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)  Asesoramiento sobre genética  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)  El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:  Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, incluyendo la administración de casos médicos para personas que viven con VIH/SIDA y servicios de administración de cuidados no médicos para personas que viven con VIH/SIDA o corren el riesgo de contraerlo  Pruebas genéticas |  |
|  | Servicios de podiatría  El plan pagará 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 programa de tratamiento con opiáceos (OTP)  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):   * Exámenes y evaluaciones iniciales * Evaluaciones periódicas * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan pagará servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y asesoramiento. 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 estándar. | $0 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  El plan pagará la fisioterapia y la terapia ocupacional, del habla, del lenguaje, auditiva y respiratoria.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en un hospital, con terapeutas independientes, en Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y en otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El miembro debe 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 |
|  | Servicios para el tratamiento del abuso de sustancias, como paciente ambulatorio  El plan pagará:  Asesoramiento por abuso de sustancias  Programas de tratamiento de opiáceos asistido por medicamentos, incluyendo la dosificación de la metadona y el asesoramiento y la receta de otros medicamentos como la suboxona  Servicios en el hogar del Programa de tratamiento con opiáceos (OTP), que proporcionan recursos a los miembros dependientes de opiáceos que están siendo tratados actualmente o que cumplen con los criterios para recibir un tratamiento asistido con medicamentos  Desintoxicación de administración médica en un entorno hospitalario o en un programa de desintoxicación  Tratamiento integrado de diagnóstico dual para personas con enfermedades mentales y trastornos por abuso de sustancias  Tratamiento por abuso de sustancias ordenado por el tribunal  El plan también puede pagar otros servicios que no estén incluidos en esta lista.  [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 el ingreso en un hospital o un centro de enfermería  El plan pagará un conjunto limitado de servicios para las personas con alto riesgo de hospitalización o ingreso en un centro de enfermería, entre ellos:  Servicios de tareas del hogar, como la preparación de comidas o los cuidados domésticos rutinarios  Cambios menores en su hogar, como barras para sostenerse, sillas para duchas y asientos de inodoro elevados  Servicios de fisioterapia antes de la intervención quirúrgica si la terapia mejora la recuperación o reduce el tiempo de rehabilitación  Evaluación de fisioterapia para aparatos o dispositivos de accesibilidad en el hogar  Servicios de relevo o de cuidados temporales  [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 exámenes de audición y pruebas de audición y de equilibro realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando se la manda un médico, un audiólogo u otro proveedor especializado.  El plan también cubre los audífonos y evaluaciones para adaptarlos una vez cada tres años.  [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 pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos  El plan pagará servicios de cuidado de salud mental que requieran una estadía en el hospital. | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan pagará 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 |
|  | [Plan should modify this section to reflect Rhode Island Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios residenciales de tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias  El plan pagará:  Servicios residenciales de tratamiento de salud mental de corta y larga duración.  Tratamiento residencial por consumo agudo de sustancias  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  El plan pagará los siguientes servicios:  Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su proveedor deberá aprobarlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal.  Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable], o cuando su proveedor de servicios de diálisis no esté disponible temporalmente o no le sea posible acceder a él.  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 lo 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, 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  Sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba. | $0 |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:   * hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET * 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario   El programa SET debe ser:   * Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) * En un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico * Proporcionado por personal especializado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD * Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas | $0 |
|  | Terapia de infusión en el hogar  El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea (bajo la piel) en su domicilio. Para poder administrar la terapia de infusión en el hogar se necesitan los siguientes elementos:   * El medicamento o la sustancia biológica como, por ejemplo, un antiviral o una inmunoglobulina; * Equipos como, por ejemplo, una bomba de infusión; **y** * Accesorios como, por ejemplo, tubos o un catéter.   El plan cubrirá, entre otros, los siguientes servicios de infusión en el hogar:   * Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestarán de conformidad con su plan de cuidados; * Formación y educación del miembro todavía no incluidas en el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME); * Telemonitoreo; **y** * Servicios de monitoreo de la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de servicios de terapia de infusión en el hogar.   [List any additional benefits offered.] | [List copays.]  [List copays for additional benefits.] |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | Vacunas (inmunizaciones)  El plan pagará 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 existe un riesgo elevado o intermedio de que pueda contraer hepatitis B  Vacuna contra COVID-19  Otras vacunas si existe un riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare o 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 |
| manzana  Icono de la manzana en la Tabla de beneficios para indicar un servicio preventivo | 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” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, diga en el consultorio de su proveedor que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

Nuestro plan también cubre los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) para los miembros que los necesitan y que califican para recibirlos a través de Rhode Island Medicaid. Es posible que tenga que pagar una parte del costo de los servicios. Esto se denomina “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina el monto que usted paga. [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 LTSS** | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- |
| Acompañantes para mayores/adultos  El plan pagará la ayuda no médica y el apoyo social para las actividades diarias, como la ayuda para preparar comidas, lavar la ropa y hacer las compras. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Apoyo con el empleo  El plan pagará los servicios, como la supervisión, el transporte o la capacitación, para ayudarlo a conseguir o mantener un trabajo remunerado. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Apoyo de día  El plan pagará los servicios para ayudarlo con habilidades sociales y de autoayuda. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Apoyo residencial  El plan pagará los servicios que lo ayuden en las actividades diarias para vivir en su hogar, como aprender a preparar las comidas y hacer las tareas domésticas. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Asistencia de cuidado personal  El plan pagará por asistencia para las actividades diarias en su casa o en la comunidad si tiene una discapacidad y no puede realizar las actividades por sí mismo. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Meals on Wheels  El plan pagará hasta una comida cinco días a la semana que se entregará en su casa. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Relevo  El plan pagará los servicios de cuidado a corto plazo o temporales cuando la persona que habitualmente lo cuida no esté disponible para hacerlo. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| RIte @ Home (arreglos de vida con apoyo; vida compartida)  El plan pagará los cuidados personales y otros servicios que preste un cuidador que vive en el hogar. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de enfermería especializada  El plan pagará los servicios de enfermería especializada. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de rehabilitación  El plan pagará los servicios especializados de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla en centros de rehabilitación ambulatoria. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de tareas del hogar  El plan pagará los servicios de tareas del hogar para ayudar en las tareas generales, como la preparación de comidas o el cuidado general del hogar. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios de transición a la comunidad  El plan le proporcionará servicios para ayudarlo a pasar de un centro de enfermería o institución a un hogar privado. El plan también pagará algunos gastos por una sola vez para ayudarlo a establecer un hogar privado cuando se traslade desde un centro o una institución de enfermería. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios privados de enfermería  El plan pagará los cuidados individuales y continuos que proporcionen enfermeros autorizados en su domicilio. | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Servicios y apoyos autodirigidos  Si está inscrito en cuidados autodirigidos, el plan pagará por lo siguiente:  Servicios, equipos y suministros que lo ayudan a vivir en la comunidad  Servicios para ayudarlo a dirigir y pagar sus propios servicios | Determinado por Rhode Island Medicaid |
| Vida asistida  El plan pagará los servicios y ayudas para que usted viva en un centro de vida asistida. | Determinado por Rhode Island Medicaid |

# Los 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 getting the out-of-area coverage.]

# 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 a su disposición a través de Medicare [insert if appropriate: o Rhode Island Medicaid].

## F1. Cuidados en hospicio

Usted tiene derecho a elegir el 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. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Para obtener más información sobre lo que <plan name> paga mientras usted reciba servicios de cuidados en un hospicio, consulte la Sección D de la Tabla de beneficios en este capítulo.

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

* El proveedor del hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados 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:**

* El proveedor 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.

**Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**

* Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información.

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, deberá 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

Los cuidados dentales habituales, como limpiezas, empastes o prótesis dentales, están cubiertos por Rhode Island Medicaid. **Para recibir cuidados dentales habituales, busque un proveedor que acepte Rhode Island Medicaid y utilice su tarjeta de identificación (lo del “ancla”) de Rhode Island Medicaid**. No obstante, en algunos casos, el cuidado dental requerido para atender enfermedades o lesiones podría estar cubierto por el plan como paciente hospitalizado o ambulatorio. Llame a <plan name> al <toll-free number> (TTY: <TTY number>) si no está seguro de si el plan o Rhode Island Medicaid cubren los servicios dentales que necesita o si necesita ayuda para encontrar un dentista.

## F3. Transporte que no sea de emergencia

Usted podría ser elegible para un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA. Para obtener un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, visite la oficina de identificación de RIPTA 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 pedir más información, o entre en [www.ripta.com/espanol](https://www.ripta.com/espanol/).

Si usted no puede usar un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, Rhode Island Medicaid cubre el transporte que no sean emergencias médicas (NEMT) para servicios médicos, dentales u otras citas relacionadas con el cuidado de la salud. Si necesita servicios de NEMT de forma periódica, 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>). **Para programar sus servicios de NEMT, utilice su tarjeta de identificación (la del “ancla”) de Rhode Island Medicaid.** Asimismo, puede programar servicios periódicos de NEMT a través del portal del miembro en Internet en [www.mtm-inc.net/rhode-island/](http://www.mtm-inc.net/rhode-island/).

**Usted puede pedir transporte para cuidado de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.** Programe el transporte para cuidados que no son de urgencia **por lo menos** 48 horas antes de su cita.

| **Para programar un transporte llame el:** | **Si necesita transporte un:** |
| --- | --- |
| Lunes | Miércoles |
| Martes | Jueves |
| Miércoles | Viernes, sábado o domingo |
| Jueves | Lunes |
| Viernes | Martes |

[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 no está seguro de si el plan o Rhode Island Medicaid cubre los servicios que necesita.

## F5. Servicios de estabilización en el hogar

Si no tiene hogar, corre el riesgo de quedarse sin hogar o se traslada de un centro de enfermería a la comunidad, es posible que pueda obtener servicios de Rhode Island Medicaid que lo ayudan con los problemas relacionados con la vivienda. Si tiene preguntas sobre los servicios que cubre Rhode Island Medicaid o si desea obtener un referido para este programa, llame a <plan name> al <toll-free number>, (TTY: <TTY number>).

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

Esta sección le mostrará los beneficios que están excluidos del plan. “Excluidos” quiere decir que el plan no paga por esos beneficios. Medicare y Rhode Island Medicaid tampoco pagarán por ellos.

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

El plan no pagará los beneficios médicos enumerados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará esos servicios. Si cree que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, usted puede mandar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan 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 Rhode Island Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits, 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.]

* Servicios que no se consideran “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, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están 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.
* Membresía en el gimnasio
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
* [Plan should delete this if State allows for this:] Los honorarios que cobra su cónyuge o pareja de hecho, tutor o representante legal.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará 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 de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
* [Plan should delete this if supplemental:] Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de visión.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos no prescritos.
* 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 VA y haya un costo compartido del VA, le reembolsaremos al veterano lo que pagó.