Capítulo 4: Tabla de beneficios

**Introducción**

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite en esos servicios [Insert if the plan has cost sharing: y cuánto usted paga por cada servicio]. También le informa sobre beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

**Tabla de Contenido**

[A. Sus servicios cubiertos [*insert if the plan has cost sharing:* y gastos directos de su bolsillo] 2](#_Toc50050940)

[B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios 2](#_Toc50050941)

[C. La tabla de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc50050942)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc50050943)

[E. Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan 54](#_Toc50050944)

[F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 56](#_Toc50050945)

[G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 57](#_Toc50050946)

[G1. Cuidado de hospicio 57](#_Toc50050947)

[G2. Servicios dentales 58](#_Toc50050948)

[G3. Transporte de médico fuera de emergencias 58](#_Toc50050949)

[H. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Healthy Connections Medicaid 58](#_Toc50050950)

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

En este capítulo se explica cuáles servicios paga <plan name>*.* [Insert if the plan has cost sharing: También dice cuánto paga por cada servicio.] También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

[Plans with cost sharing, insert: Para poder recibir algunos servicios usted deberá pagar ciertos costos, esto se llama copago. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, $5 dólares) que pagará cada vez que reciba ese servicio. Usted pagará ese copago en el momento en que reciba el servicio médico.]

[Plans with coinsurance, insert: Para algunos servicios a usted se le cobrará una cantidad llamada coseguro. Este es un porcentaje del costo del servicio que usted deberá pagar en el momento de recibirlo.]

[Plans with **no** cost sharing for any services described in this chapter, insert: Debido a que usted recibe asistencia de Healthy Connections Medicaid, usted no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.]

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)] y/o Servicios al miembro al número que en el pie de página.

# B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios

No permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio.

**Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos.** Si esto pasa, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

# C. La tabla de beneficios de nuestro plan

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

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

**Pagaremos por los servicios indicados en la tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** [Plans that do not have cost sharing, insert: Usted no pagará nada por los servicios indicados en la tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.]

* Sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa servicios que sea razonable que usted necesite para diagnosticar o tratar su enfermedad o lesión; para mejorar el funcionamiento de algún miembro deformado del cuerpo o, de alguna otra manera médicamente necesario, de acuerdo con la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o mantener su estado de salud actual. Esto también incluye cuidado para evitar que usted tenga que ir a un hospital o un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. Los servicios deben también ser proporcionados en una institución apropiada para su condición médica y cumplir con los estándares generalmente aceptados para el cuidado médico.
* 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 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo para el cuidado de salud que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud. [Plans that do not require referrals, omit the rest of this paragraph:] En casi todos los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a alguien que no es su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama referido. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo obtener un referido y los casos en que no es necesario obtenerla.
* Cuando recién se una al plan, usted podrá seguir viendo los proveedores que usted ve ahora durante 180 días o hasta que hayamos completado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si necesita seguir viendo sus proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solamente cubriremos ese cuidado si el proveedor firma por un sólo caso un acuerdo con nosotros. Un acuerdo de un sólo caso es una excepción para tratar a ese proveedor como un proveedor de la red. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y piensa que el proveedor pueda necesitar un acuerdo por un sólo caso para poder seguir dándole tratamiento, comuníquese con [Plans must enter name of department or entity] al <phone number>.
* 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 autorización previa para poder recibir los siguientes servicios, que no están incluidos en la tabla de beneficios: [insert list].]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically III (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 elegible para beneficios adicionales [*insert if applicable*: y/o costo compartido reducido]:
  + [*List all applicable chronic conditions here.*]
  + [*If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI*.]

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

* [Insert as applicable: La mayoría de **or** Todos] los cuidados preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana Apple icon represents preventive services al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Include the following where appropriate: Usted [insert as applicable: debería **or** deberá] hablar con su proveedor y obtener un referido.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Healthy Connections Medicaid requirements. Preventive services must be identified with the apple icon.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans should select only one method of indication, describe it in terms easily understandable by members, make the indication and description prominently visible, and use it consistently throughout the document.)
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Benefits Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart.
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* Plans should include all non-waiver LTSS in the chart in alphabetical order.
* All HCBS waiver services should be appended to the end of the chart. Each 1915(c) waiver should be listed separately, with the appropriate services also listed.
* *Plans offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:*
* *Deliver to each clinically targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.*
* *Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.*]

# D. Tabla de beneficios

[*When a benefit continues from one page to the next, plans enter a blank return before right aligning and inserting at the bottom of the first part of the description:* **Este beneficio continúa en la página siguiente*.*** *At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by* **(continuación).** *Plans may refer to* **equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados** *and other examples later in this chart as examples. Plans should also be aware that the flow of benefits from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed.*]

| Servicios generales pagados por nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Acupuntura para el dolor lumbar crónico  El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:   * hace 12 semanas o más que tiene el dolor; * no es específico (no tiene una causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); y * no está asociado a una operación.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [List any additional benefits offered.] | $0  [*List copays for additional benefits.*] |
|  | Administración de casos dirigida (TCM)  Las actividades de TCM garantizan que sus necesidades de servicios médicos, sociales, educativos y otros sean atendidas de manera continua, para ayudarle a ser más autosuficiente.  Para recibir TCM, usted tiene que estar en alguno de los grupos siguientes:   * Personas con discapacidades intelectuales y otras relacionadas * Adultos con enfermedad mental grave y persistente * Personas con enfermedad por sustancias sicoactivas * Adultos con deterioros funcionales * Personas con deterioros sensoriales * Personas con lesiones de la cabeza y médula espinal e incapacidades relacionadas   TCM solamente está disponible durante los últimos 180 días que usted esté en una institución y se esté mudando a un entorno comunitario. Las personas que se muden a un programa de excepción no son elegibles para TCM  Hable con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] o su PCP sobre cómo obtener los servicios de TCM. | $0 |
|  | Agencias de cuidado de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un doctor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios sociales y médicos * Equipo y suministros médicos (incluyendo, sin limitación, suministros para la incontinencia) | [Explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Los servicios de cuidado de Salud en el hogar cubiertos por Medicare tienen un copago de $0 copay. Los servicios de cuidado personal cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30.] |
|  | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Ayuda con ciertas condiciones crónicas  [Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental benefits for the Chronically Ill (SSBCI),” which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. If offering SSBCI, plans must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | [List copays.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):   * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * Un monitor de glucosa en sangre * Tiras de prueba para la glucosa en sangre * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan 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 la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.   * En algunos casos, el plan cubre educación para ayudarle a controlar la diabetes. * Usted será elegible para los Servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto le ayudará. * Usted tiene un límite de 10 horas de educación sobre diabetes de por vida.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cirugías como paciente externo  El plan pagará cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en Centros de Cirugía Ambulatoria. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  Si usted usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco:   * El plan le pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de consejería para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted usa tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el uso del tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:   * El plan le pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de consejería para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  El plan paga una visita al año a su proveedor de cuidado primario para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:   * hablarle sobre el uso de la aspirina, * revisar su presión arterial (de la sangre), **o** * darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cuidado de emergencia  Cuidado de emergencia significa servicios que son:   * ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** * necesarios para tratar una emergencia médica.   Una emergencia médica es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:   * graves riesgos para su salud, **o** * daños graves a las funciones del cuerpo, **o** * disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo.   Los servicios médicos de emergencia están cubiertos sólo cuando los reciba dentro de los Estados Unidos. | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después que su emergencia ha sido estabilizada, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits: (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)]. |
| Apple icon indicates preventive services. | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Cuidado de la vista  El plan pagará servicios de un médico para pacientes externos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de los ojos, para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes de la vista regulares para recibir anteojos o lentes de contacto.  Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:   * Tratamiento de una enfermedad o lesión de los ojos * Reemplazo inicial de lentes por una cirugía de cataratas   Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan pagará un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen:   * personas con una historia familiar de glaucoma, * personas con diabetes, * personas afroamericanas de 50 años y mayores, **y** * personas hispanoamericanas de 65 años o mayores.   [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan pagará 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 en centros de enfermería especializada (SNF)  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior authorization, referral, or prior hospital stay is required.]  El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no anotados aquí:   * Una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria * Alimentos, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, ocupacional y 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, incluyendo su almacenamiento y administración * 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   Generalmente usted recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente usted pueda recibir su cuidado de una institución fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los lugares siguientes, si estos aceptan las cantidades que paga 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 la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ésta ofrezca servicios de centro de enfermería) * Uncentro de enfermería donde viva su esposo/esposa al momento de abandonar el hospital. * Por favor tenga en mente que los cuidados en hogar para personas de la tercera edad están cubiertos bajo su propia categoría en esta tabla. |  |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:   * un caso que no es una emergencia, **o** * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  El cuidado necesario de urgencia solamente está cubierto cuando usted recibe los servicios en los EE.UU. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes externos  El plan pagará servicios de salud mental proporcionados por:   * un siquiatra o médico con licencia del Estado, * un sicólogo clínico, * un trabajador social clínico, * una enfermera clínica especializada, * una enfermera de práctica avanzada, * un asistente médico, * un terapeuta matrimonial y familiar con licencia, * un consejero profesional con licencia, **o** * cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes del estado aplicables.   El plan pagará los siguientes servicios y otros que posiblemente no se anoten aquí:   * Servicios clínicos * Servicios de tratamiento diarios * Servicios de rehabilitación sicosocial   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados   * El plan pagará servicios de cuidado psiquiátrico que requieran una estadía en el hospital. * Hay un límite de 190 días de por vida para cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados. El límite de 190 días no se aplica a servicios cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en la unidad siquiátrica de un hospital general. * Después de usar estos 190 días, estos servicios están disponibles en una Institution for Mental Diseases (IMD). * Una IMD está definida como una institución dedicada principalmente a proporcionar diagnóstico, tratamiento o cuidado de personas con enfermedades mentales, incluyendo atención médica, cuidado de enfermería y servicios relativos. * Se determina que una institución es una IMD por su carácter general, como una institución establecida y mantenida principalmente para el cuidado y tratamiento de personas con enfermedades mentales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en hogares para personas de la tercera edad  Su plan pagará los siguientes servicios:   * Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería que cumplan con todas las necesidades del residente. * Servicios especiales: ayuda de trabajadores sociales, actividades planificadas y varias terapias. * Servicios personales. ayuda para alimentarse, vestirse, funciones de evacuación, baño, etc. * Habitación y alimentos: hospedaje semiprivado o en sala general. * Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, cómodo junto a la cama, etc. * Medicamentos: medicamentos de venta sin receta médica (excepto insulina) * Suministros médicos y oxígeno: oxígeno, equipo para terapias de inhalación, catéteres, vendajes, etc.   Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, análisis de laboratorio y radiografías, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y externos, medicamentos de receta, etc.  Por favor note que el cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) está cubierto bajo su propia categoría en esta tabla. | Por favor comuníquese con su administrador de cuidados para saber si tendrá que contribuir para sus cuidados en el hogar para personas de la tercera edad. |
|  | Cuidados en hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de 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.**   * Lea más información en la Sección G 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> pagará 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: pagará la cantidad de costo compartido del plan **or** 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 [plans may insert reference, as applicable].   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [Plan to fill in payment information, including any copays for home health] |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. [Plans should include a phone number or other contact information for the [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)].]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de hospicio.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería regulares * Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Exámenes de laboratorio * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Terapia física, ocupacional y del habla   **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)   * Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración * Servicios médicos * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y de órganos intestinales/multiviscerales.   Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad.  Si <plan name> proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.] [Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | Cuidados paliativos  Los cuidados paliativos son la atención médica especializada para personas con enfermedades graves. Este tipo de atención se centra en proveerles a los pacientes alivio de los síntomas, el dolor y el estrés de una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida para el paciente y la familia.  Un equipo, que puede incluir médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes y otras personas que trabajan con otros médicos del paciente para brindar un soporte adicional, provee los cuidados paliativos. El equipo:   * Hablará con los miembros sobre las cuestiones que más les interesen. * Evaluará y controlará el dolor y otros síntomas. * Tratará las necesidades psicológicas y espirituales de los miembros y su familia. * Ofrecerá apoyo para ayudar a los miembros a vivir lo mejor posible. * Ofrecerá un sistema de apoyo para ayudar a la familia a superar la enfermedad del miembro.   Los cuidados paliativos son apropiados en cualquier edad y en cualquier estadio de una enfermedad grave, y se pueden brindar junto con tratamiento curativo | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect 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 aparatos prostéticos y, posiblemente, otros aparatos que no han sido incluidos aquí si su proveedor obtiene una aprobación previa:   * 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 pagará la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas.Vea la sección de arriba para más información sobre el “Cuidado de la vista”[plans may insert reference, as applicable].  [Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] El plan no pagará dispositivos prostéticos dentales. | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain for what any different copay amounts in this category would apply. For example: El copago es de $0 por dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare. El copago es de <amount, not to exceed $3.40> por dispositivos prostéticos cubiertos sólo por Healthy Connections Medicaid.] |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  (Lea una definición de "Equipo médico duradero" en el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual.)  Los siguientes artículos están 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 equipos podrían ser cubiertos.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert: Pagaremos todo el equipo médico duradero médicamente necesario que Medicare y Healthy Connections Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, usted podrá pedirles que hagan un pedido especial para usted.]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es de $0 para equipo médico duradero cubierto por Medicare. El copago es de<amount, not to exceed $3.40> para el equipo médico duradero cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.” If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, say “El copago es de $0 o <amount, not to exceed $3.40>,dependiendo del tipo de equipo médico duradero.”] |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Con este Manual del miembro, le enviamos la lista del DME de <plan name>. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que pagaremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores y también está disponible en nuestro sitio web en <URL>.  Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos.  Generalmente, <plan name> cubre equipo médico duradero de las marcas y manufactureros en la lista que estén cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Nosotros no cubriremos otras marcas y manufactureros, a menos que su doctor u otro proveedor le diga que usted necesita esa marca.  Sin embargo, si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo usted debería hablar con su doctor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su doctor, puede pedir una segunda opinión.)  Si usted (o su doctor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan sobre el pago por su equipo, usted o su doctor pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su doctor sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable.])]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  Como miembro de <plan name>, nuestro plan will rent most DME items for you for a maximum of 10 months. [*Insert as applicable*: En algunos casos, pueden ser 13 months.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá el DME a usted, y será considerado como comprado. [*Insert as applicable:* Nuestro plan (podría pagar *o* pagará *o* no pagará) por los costos de mantenimiento.] |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Examen de aneurisma aórtico abdominal  Examen de ultrasonido que se da una sola vez para personas en riesgo. El plan cubre este examen solamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido para el examen, de su médico, asistente de médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos como paciente externo  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos y suministros * Suministros quirúrgicos, como vendajes * Férulas, escayolas y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * Exámenes de laboratorio * Sangre, incluyendo almacenamiento y administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes de obesidad y terapia para mantener bajo el peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará consejería para ayudarle a 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 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes de VIH  El plan pagará por un examen de evaluación de VIH cada 12 meses, para las personas que:   * soliciten una prueba de VIH, **o** * tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH.   Los miembros que tengan VIH o SIDA pueden recibir servicios adicionales si se unen a un programa de excepción de Community Long Term Care (CLTC). Lea en [insert reference] más información sobre los servicios para los miembros elegibles.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  El plan pagará para los hombres los siguientes servicios cada 12 meses:   * Un examen de tacto rectal * Un examen de antígeno prostático específico (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para controlar la diabetes  El plan pagará este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:   * Presión arterial alta (hipertensión) * Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) * Obesidad * Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)   En algunos casos estas pruebas pueden ser cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes.  Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal  El plan pagará los siguientes servicios:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratoria) cada 48 meses * Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses * Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal * Cribado colorrectal basado en el ADN, cada 3 años   Para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria (o un enema de bario exploratoria) cada 24 meses.  Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible).  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)  El plan pagará los siguientes servicios:   * Una mamografía cada doce meses para las mujeres de 40 años y mayores * Un examen clínico de los senos cada 24 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  El plan pagará los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses. * Para las mujeres en alto riesgo de cáncer del cuello del útero o vaginal: Prueba de Papanicolaou cada 12 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar la depresión  El plan pagará un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan paga análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan pagará exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una infección de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario deberá ordenar las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses.  El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Exámenes y orientación por el abuso de alcohol  El plan pagará por un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol.  Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, usted podrá obtener hasta cuatro sesiones de consejería breves, en persona, una vez al año (si usted está alerta y durante las sesiones) con un proveedor de cuidado primario calificado o un médico en un lugar de atención de cuidados primarios.  También puede recibir servicios de rehabilitación y recuperación concentrados en las destrezas para soportar, los que le ayudaán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser en entornos individuales o grupales.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing home coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta  Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.  Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no están incluidos aquí:   * Servicios de un médico * Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio * Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * Apósitos quirúrgicos * Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos o luxaciones * Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), **o** * reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. * Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional | $0 para la mayoría de los artículos  <amount not to exceed $3.40> por prótesis y dispositivos ortóticos y suministros médicos cubiertos solamente por Healthy Connections Medicaid |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*Plans that will or expect to use Part B step therapy should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> 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 externo de un hospital o de un Centro de Cirugía Ambulatoria * Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan * Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * Globulina inmune 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 del beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] explica lo que usted pagará por sus medicamentos de receta como paciente externo a través de nuestro plan. |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Medición de la masa ósea (de los huesos)  El plan pagará 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 servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)  El plan pagará por servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de dieta a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | 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.]  El plan tiene una variedad de programas de actividades educativas de salud y bienestar para los miembros, sus familiares y otras personas que den cuidados informales. Algunos ejemplos de los temas que podrían estar cubiertos son:   * Autoadministración de condiciones crónicas * Cómo dejar de fumar * Prevención de caídas * Respaldo a las personas que ofrecen cuidados * Nutrición * Abuso en el consumo de alcohol y drogas * Administración de sus medicamentos * Ejercicios físicos * Planificación de enfermedades | $0 |
| Apple icon indicates preventive services. | Pruebas de detección del cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * Tiene 55-77 años, **y** * Tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** * Ha fumado al menos 1 atado al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.   Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.  [List any additional benefits offered.] | $0  [List copays for additional benefits.] |
|  | Servicios como paciente externo para evitar el abuso de sustancias  [Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]  La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios de tratamiento por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo, de una clínica o departamento para pacientes externos de un hospital.  Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Sicoterapia * Educación del paciente * Cuidados de seguimiento después de salir del hospital * Medicamentos de receta durante una estadía en el hospital o inyectados en el consultorio médico * Exámenes preventivos y consejería | $0 |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos. 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 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo  El plan pagará 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 los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como cirugía ambulatoria o servicios de observación   + Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”.   + Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente externo”.   + Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o externos en esta hoja informativa: [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf)   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo (continuación)   * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos, como entablillados y yesos * Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de hospitalización parcial  La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento siquiátrico activo. Se ofrece como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: Nota: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios.] | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios  El plan pagará los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: * un consultorio médico * un Centro de Cirugía Ambulatoria certificado * una clínica de pacientes externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [insert as applicable: proveedor de cuidado primario **or** especialista], si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento * Breves chequeos virtuales * Evaluación remota de imágenes y/o videos pregrabados * Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o historia clínica electrónica si no es un nuevo paciente * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud adicionales, incluidos aquellos para [insert specific Part B services the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member]   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación)   * Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. * [List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]] * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de una cirugía * Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: * cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, * reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, * extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplástico, **o** * servicios que estarían cubiertos cuando son prestados por un médico.   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [Plans should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  El plan pagará los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar * Métodos de planificación familiar * Suministros de planificación familiar con receta (condones) * 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 cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días.)   El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * Tratamiento médico para casos de infertilidad * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Pruebas genéticas | $0 |
|  | 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 rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido or una orden] de un médico. El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente externo  El plan pagará terapia física, ocupacional y del habla. Los servicios de terapia física deben mejorar o restaurar su función física y prevenir lesiones, impedimentos, discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.  Usted puede obtener servicios de rehabilitación del departamento 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 programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El miembro deberá tener [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de transición del hogar para personas de la tercera edad  Usted tendrá a su disposición los servicios de transición si usted está en un hogar para personas de la tercera edad y quiere volver a mudarse a su comunidad. Los servicios ayudan si usted tiene alguna discapacidad o condición de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:   * Servicio de electrodomésticos, que ofrece los electrodomésticos necesarios * Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad * Ayuda una sola vez con la renta o los servicios públicos   El programa Home Again está destinado a ayudar a las personas que han vivido en un hogar para personas de la tercera edad y que desean volver a la comunidad. Si usted vivió en un centro de enfermería durante al menos 90 días, usted podría ser elegible para el programa y recibir los siguientes servicios:   * Coordinación de transición * Intervención en crisis * Servicios de empleo ampliados * Dispositivos de asistencia ampliados * Bienes y servicios ampliados * Sensores inalámbricos   **Estos beneficios continúan en la siguiente página** | $0 |
|  | Servicios de transición del hogar para personas de la tercera edad (continuación)   * Servicios para la vida comunitaria * Guía de una enfermera de cuidados * Animales de servicio   Si le parece ser elegible para el programa, hable con su [coordinador de cuidado de salud or administrador de cuidados (plan’s preference)]. |  |
|  | Servicios de tratamiento con opiáceos  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos:   * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios dentales  <Plan name> pagará los siguientes servicios dentales:  [List any plan-covered supplemental benefits offered, such as routine dental care, dental X-rays, and cleanings.]   * Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales * Procedimientos dentales relativos a lo siguiente: * Trasplantes de órganos * Oncología * Radiación de la cabeza o el cuello como tratamiento contra el cáncer * Quimioterapia para tratamiento contra el cáncer * Reemplazo total de articulaciones * Reemplazo de válvula cardíaca * Tratamiento de trauma realizado en un hospital o Centro de Cirugía Ambulatoria | $0 |
|  | [Plans that cover hearing services as a Medicaid benefit should modify the following description if necessary. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios para la audición  El plan paga pruebas de audición y de equilibro, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  [List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]  Si usted tiene un implante coclear o un dispositivo auditivo insertado quirúrgicamente, el plan paga las piezas de reemplazo. | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan pagará los servicios siguientes:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. * El plan pagará solamente otros servicios quiroprácticos médicamente necesarios. * Para cubrir otros servicios quiroprácticos, usted tendrá que tener un problema de salud significativo, en forma de una condición neuromuscular. * **No** están cubiertos los servicios quiroprácticos para enfermedades no relacionadas directamente con la columna vertebral, como artritis reumatoide, distrofia muscular, esclerosis múltiple (MS), neumonía y enfisema.   [List any 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 los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre la enfermedad 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 enfermedad renal crónica y su doctor deberá darle una referencia. El plan pagará hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial. * Capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo capacitación 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, tales como las visitas necesarias por personas capacitadas 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, lea “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla. | $0 |
|  | Suministros para la incontinencia  El plan pagará suministros para la incontinencia si su doctor cree que usted los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros son determinadas por el nivel de su incontinencia. | $0 |
|  | Telemedicina  El plan cubre algunos servicios médicos o de salud usando audio o video en tiempo real, con un proveedor que no esté en el mismo lugar que usted.  Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales, bajo ciertas condiciones y solamente si usted está en alguno de los lugares siguientes: un consultorio médico, hospital, clínica de salud rural, centro de salud con certificación federal, institución de diálisis con base en un hospital, centro de enfermería especializada (SNF) o centro de salud mental comunitario.  Los servicios siguientes están cubiertos usando un sistema de telecomunicaciones:   * Consultas * Visitas al consultorio * Sicoterapia individual * Administración de medicamentos de receta * Exámenes diagnósticos y pruebas siquiátricos   Los servicios, como conversaciones telefónicas, mensajes electrónicos y llamadas de video por teléfono celular no están cubiertos.  La telesiquiatría sólo se proporciona de manera limitada, mediante el Departamento de salud mental, en asociación con más de 20 salas de emergencias hospitalarias del estado | $0 |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés)  El plan pagará la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:   * Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET * 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario   El programa SET debe ser:   * Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) * En un entorno hospitalario para pacientes externos o en un consultorio médico * Prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD * Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas | $0 |
|  | Terapia de infusión  El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos usados con las bombas de infusión) recetadas por un médico, para su uso en el hogar.  Si usted no quiere recibir terapia de infusión en el consultorio del médico u hospital, usted puede usar un centro de infusiones. Lea en[insert reference to provider directory] una lista de centros de infusión. Usted puede obtener los servicios siguientes en un centro de infusión:   * Quimioterapia * Hidratación * Inmunoglobulina intravenosa (IVIG) * Sangre y derivados de sangre * Antibióticos * Punciones intervertebrales o lumbares * Inhalación * Flebotomía terapéutica * Habrá un médico presente en el centro de infusiones, en caso de que haya alguna emergencia médica. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas con diabetes o con enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido [insert as appropriate: referido **or** ordenado] por su médico.  El plan pagará tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene [insert as appropriate: un referido **or** la orden] de un doctor. Un doctor deberá prescribir estos servicios y renovar la [insert as appropriate: pre-autorización **or** la orden] una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | 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 tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B * Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Visita anual para el cuidado de su salud  Si usted ha estado inscrito en la Parte B de Medicare por más de 12 meses, usted podrá recibir un examen anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta visita una vez cada 12 meses.  **Nota:** Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le pagarán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  El plan pagará una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:   * un examen de su salud, * educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), **y** * referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita.   **Nota:** Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

# E. Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) le ayudan a cumplir sus necesidades diarias de asistencia y le ayudan a mejorar su calidad de vida. LTSS puede ayudarle con las actividades diarias, como tomar un baño, vestirse, y cocinar. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su hogar o en la comunidad, pero también pueden ser proporcionados en un hogar para personas de la tercera edad u hospital.

LTSS está disponible para los miembros que estén en ciertos programas de excepción operados por la división de Community Long Term Care (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. El tipo y las cantidades de LTSS dependen del programa de excepción en el que esté usted. Si le parece que necesita LTSS, usted puede hablar con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de esos programas de excepción.

| Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- |
| Servicios de excepción Community Choices  El plan provee otros Servicios al miembro del programa de excepción Community Choices. Estos incluyen:   * Guardería para adultos y enfermería * Transporte al cuidado de salud de día para adultos * Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción * Servicios de un acompañante * Alimentos entregados en el hogar * Arreglos menores al hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, seguridad en el baño y equipo) * Cuidados de asistente personal * Sistema personal de respuesta a emergencias * Algunos complementos nutritivos * Equipo médico y suministros especializados   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Servicios de excepción Community Choices (continuación)   * Alivio temporero para la persona que le cuida en un Centro residencial comunitario (CRCF) (un centro especializado de cuidados u hospital) |  |
| Servicios de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico  El plan proporciona servicios adicionales para los miembros del programa de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico. Estos servicios incluyen:   * Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción * Alimentos entregados en el hogar * Arreglos menores al hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, seguridad en el baño y equipo) * Cuidados de asistente personal * Sistema personal de respuesta a emergencias * Enfermera de servicio privado * Algunos complementos nutritivos * Equipo y suministros médicos especializados * Relevo temporero para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar) | $0 |
| Servicios de excepción por VIH/SIDA  El plan proporciona servicios adicionales para los miembros del programa de excepción por VIH/SIDA. Estos servicios incluyen:   * Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción * Servicios de un acompañante * Alimentos entregados en el hogar * Arreglos menores al hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, seguridad en el baño y equipo) * Cuidados de asistente personal * Enfermera de servicio privado * Algunos complementos nutritivos | $0 |

# F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to getting the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR §422. 74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months), also explain that here based on the language suggested below:

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

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

# G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name> pero están disponibles a través de Medicare. Usted puede obtener estos servicios de la misma manera que hasta ahora.

## G1. Cuidado de hospicio

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

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

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

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

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

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

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

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

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] para hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.

Los servicios siguientes no están cubiertos por <plan name>, pero están cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Usted puede obtener estos servicios de la misma manera como lo hace ahora.

## G2. Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), cuidado preventivo (limpiezas anuales), cuidados de restauración (empastes) y cuidados quirúrgicos están cubiertos en base a cuota por servicio, con un copago de $3.40. Por favor comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] para pedir más información.

## G3. Transporte de médico fuera de emergencias

La ayuda para el transporte está disponible de ida y vuelta a las citas médicas, con un copago de $0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Los pedidos de servicios urgentes o el mismo día (como asistencia de transporte para altas del hospital de rutina) serán verificadas con los proveedores de cuidados de salud, para confirmar que el plazo reducido es médicamente necesario. **Cualquier miembro que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.**

Si quiere más información, por favor comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] o lea el folleto para el miembro que se encuentra en el sitio web de LogistiCare, el agente de transportes: [memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads.](https://memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads.aspx) Si tiene más preguntas, por favor comuníquese con LogistiCare usando la información para su región del folleto para el miembro.

# H. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Healthy Connections Medicaid

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no pagará por esos beneficios. Estos servicios tampoco están cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid

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

El plan no pagará los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Lea el Capítulo 9, si quiere información sobre cómo apelar [plans may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la tabla de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

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

* Cuidado quiropráctico, distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* 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.
* Dentaduras postizas. Sin embargo, puede estar cubierto el cuidado dental necesario para tratar enfermedades o lesiones como cuidado como paciente hospitalizado o externo.
* 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.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
* [Plans should delete this if supplemental:] Lentes, exámenes de los ojos regulares queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para vista reducida. Sin embargo, el plan pagará lentes después de una cirugía de cataratas.
* Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
* Exámenes de audición, audífonos o exámenes para adaptar audífonos.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Suministros anticonceptivos de venta libre (no recetados).
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético. Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* Artículos personales en su habitación en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Cuidados para el pie de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare.
* Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos (VA) y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los miembros seguirán siendo responsables de las cantidades de costos compartidos.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.