Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite de 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*.

[Plans 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 [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 contenidos

[A. Sus servicios cubiertos [*insert if the plan has cost sharing:* y los gastos directos de su bolsillo] 2](#_Toc76730654)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc76730655)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 2](#_Toc76730656)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 3](#_Toc76730657)

[D. Tabla de beneficios 6](#_Toc76730658)

[E. Servicios de exención gestionados por los Cuidado a Largo Plazo Comunitarios (CLTC) que paga nuestro plan 56](#_Toc76730659)

[F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 58](#_Toc76730660)

[G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 58](#_Toc76730661)

[G1. Cuidados en hospicio 58](#_Toc76730662)

[G2. Servicios dentales 59](#_Toc76730663)

[G3. Servicios de transporte que no sean emergencias médicas 59](#_Toc76730664)

[H. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Healthy Connections Medicaid 60](#_Toc76730665)

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

En este capítulo se informa qué servicios paga <plan name>. [Insert if the plan has cost sharing: También se informa cuánto paga usted por cada servicio.] Además, se indica qué servicios no están cubiertos. Para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos, consulte 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, llamados “copago”. Este es un monto fijo (por ejemplo, $5) 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, usted pagará un monto llamado “coseguro”. Este es un porcentaje del costo del servicio que usted deberá pagar en el momento en el que lo recibe.]

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

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame al [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] o a Servicios al miembro al número que aparece al final de la página.

## A1. Durante emergencias de salud pública

[*Plans providing required coverage and permissible flexibilities to members subject to a public health emergency declaration (e.g., the COVID-19 pandemic) concisely describe the coverage and flexibilities here or include general information about the coverage and flexibilities along with any cross references, as applicable. Plans include 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. Plans also include 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 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

# Tabla de beneficios de nuestro plan

[Plans 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. [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 proporcionarse 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 que los servicios son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación, o que son médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y el reglamento de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben prestarse 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. Además, los servicios deben prestarse en un centro adecuado para su estado de salud y seguir las normas de atención médica generalmente aceptadas.
* 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 [plans 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 y está a cargo del cuidado de su salud. [Plans that do 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 alguien que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como un referido. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo obtener un referido y explica cuándo no es necesario que lo obtenga.
* Al unirse al plan, usted podrá seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante 180 días o hasta que hayamos terminado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si tiene que seguir acudiendo a sus proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, cubriremos esos cuidados solamente si el proveedor firma un acuerdo con nosotros para un solo caso. Un acuerdo para un solo caso es una excepción para tratar al proveedor como si fuese un proveedor de la red. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y cree que este tendría que firmar un acuerdo para un solo caso para que lo pueda seguir tratando, comuníquese con [Plans must enter name of department or entity] al <phone number>.
* 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. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en las Tablas 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 autorización previa para los siguientes servicios que no están enumerados en las Tablas 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 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*.]

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

* [Insert as applicable: La mayoría de **or** Todos] los cuidados preventivos son gratuitos. Usted encontrará esta manzana Icono de la manzana

  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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, 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.*]

# 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) 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 que paga nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Acupuntura para el dolor lumbar crónico  El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:   * hace 12 semanas o más que tiene el dolor; * no es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); **y** * no está asociado a ninguna cirugía.   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.*] |
|  | Agencia de cuidados 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 médico deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios de 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) * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios sociales y médicos * Equipos y suministros médicos (incluyendo, entre otros, 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. 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 afecciones 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.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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. * Usted es elegible para los servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto lo ayudará. * Tiene un límite de 10 horas de servicios educativos sobre la diabetes a lo largo de su vida.   [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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | 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 pagará dos sesiones de asesoramiento en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:   * El plan pagará dos sesiones de asesoramiento en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  El plan pagará una visita al año a su proveedor de cuidado primario para ayudarlo 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Consultas anuales de rutina  Si usted lleva en la Parte B de Medicare más de 12 meses, puede hacerse un control anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan lo cubrirá una vez cada 12 meses.  **Nota:** No podrá hacerse el primer control anual en los 12 meses de la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. El plan cubrirá chequeos anuales cuando lleve 12 meses con la Parte B. No es necesario que haya realizado una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $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** * daños graves a las funciones corporales; **o** * disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo.   Los servicios de emergencia solo están cubiertos cuando se reciben dentro de 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 se haya estabilizado, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits: (p. ej. usted debe 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.)] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | [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 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. Medicare no cubre exámenes de ojos regulares para recetar anteojos o lentes de contacto.  Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:   * Tratamiento de una enfermedad o lesión ocular * Sustitución inicial del lente debido a 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 son:   * personas con una historia familiar de glaucoma, * personas con diabetes, * personas afroamericanas mayores de 50 años, **y** * personas hispanoamericanas mayores de 65 años.   [Plans 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 authorization, referral, or prior hospital stay is required.]  El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * 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 * 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)  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 * Tenga en cuenta que el cuidado en el hogar para personas de la tercera edad está cubierto en su propia categoría en esta tabla. |  |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se da para tratar:   * un caso que no sea de emergencia, **o** * una enfermedad inesperada, **o** * una lesión, **o** * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado necesario de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  Los cuidados de urgencia solo se cubren cuando se reciben los servicios en los Estados Unidos. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios  El plan pagará servicios de salud mental proporcionados por:   * un psiquiatra o médico con licencia del estado, * un psicólogo clínico, * un trabajador social clínico, * un enfermero clínico especializado, * un enfermero con licencia, * un auxiliar médico, * un terapeuta matrimonial y familiar con licencia, * un asesor profesional con licencia, **o** * cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado.   El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios clínicos * Tratamiento de día * Servicios de rehabilitación psicosocial   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados   * El plan pagará servicios de cuidado de salud mental que requieran una estadía en el hospital. * Existe un límite de 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental de un paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los pacientes hospitalizados para recibir servicios de salud mental en una unidad psiquiátrica de un hospital general. * Después de utilizar sus 190 días, estos servicios están disponibles en un Institución para Enfermedades Mentales (IMD). * Una IMD se dedica principalmente a diagnosticar, tratar y cuidar a personas con enfermedades mentales, incluyendo cuidados médicos, cuidados de enfermería y servicios relacionados. * El hecho de que un centro se considere una IMD o no se determina por su carácter general de centro establecido y mantenido principalmente para cuidar y tratar a personas con enfermedades mentales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en el hogar para personas de la tercera edad  Su plan cubrirá los siguientes servicios:   * Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería para satisfacer todas las necesidades del residente. * Servicios especiales: asistencia de trabajadores sociales, actividades planificadas y diversos tratamientos. * Servicios personales: asistencia para comer, vestirse, ir al baño, bañarse, etc. * Alojamiento y alimentos: alojamiento semiprivado o en planta. * Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, inodoro portátil, etc. * Medicamentos: medicamentos sin receta (excepto la insulina). * Suministros médicos y oxígeno: oxígeno, equipos para terapia de inhalación, catéteres, apósitos, etc.   Los servicios que no están cubiertos son los servicios médicos, de laboratorio/radiografía, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, medicamentos recetados, etc.  Tenga en cuenta que el cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) está cubierto en su propia categoría en esta tabla. | Póngase en contacto con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] para saber si tendrá que contribuir para los 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 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. 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 G 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 de 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 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información.   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/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 pronóstico médico terminal. [*Plans should include a phone number or other contact information for the* [coordinador de cuidado de salud*/*administrador de cuidados *(plan’s preference)*].]  [*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 dehospicio.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido 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   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)   * Análisis 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 * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias * Sangre, incluido el almacenamiento y la 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 órganos intestinales/multiviscerales.   Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir 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 cuidados médicos especializados para personas con enfermedades graves. Este tipo de cuidado se centra en calmar los síntomas, el dolor y el estrés del paciente por una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.  Los cuidados paliativos se brindan a través de un equipo que puede incluir médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes y otras personas que trabajan con los otros médicos del paciente para proporcionar una capa adicional de apoyo. El equipo hará lo siguiente:   * Hablar con los miembros sobre lo que más les importa * Evaluar y tratar el dolor y otros síntomas * Abordar las necesidades psicológicas y espirituales de los miembros y sus familias * Ofrecer apoyo para ayudar a los miembros a vivir de la forma más plena posible * Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a sobrellevar la enfermedad del miembro   Los cuidados paliativos son apropiados a cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad grave, y pueden proporcionarse junto con el 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, si su proveedor obtiene una autorización previa, otros aparatos que no han sido incluidos aquí:   * 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 [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 para los dispositivos prostéticos que cubre Medicare. El copago es de <amount not to exceed $3.40> para dispositivos prostéticos que solo cubre Healthy Connections Medicaid.”] |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  (Consulte la definición de “equipo médico duradero (DME)” 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 para infusión intravenosa (i.v.) * Dispositivos de generación de voz * Equipos y suministros de oxígeno * Nebulizadores * Andadores   Otros artículos podrían estar cubiertos.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert:Pagaremos todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario, que Medicare y Healthy Connections 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 | [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 el equipo médico duradero que cubre Medicare. El copago es de <amount, not to exceed $3.40> para el equipo médico duradero que solo cubre Healthy Connections Medicaid.” If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, say “El copago es de $0 o de <amount, not to exceed $3.40>, según el 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.): Junto con este Manual del miembro, también 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. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores por los que pagaremos también está disponible en nuestra página de internet en <URL>.  *Additionally, if applicable, plans can add:* Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos*.*  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico cubierto en la lista de marcas y fabricantes de Medicare y Healthy Connections 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 médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedir una segunda opinión).  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su médico 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 [*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 alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable*: En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. [*Insert as applicable:* Nuestro plan puede pagar ***or***pagará ***or*** no pagará los costos de mantenimiento.] |  |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Examen de aneurisma aórtico abdominal  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 por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * 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 * Análisis de laboratorio * Sangre, incluido el almacenamiento y la administración * Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará asesoramiento para 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 primario para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  El plan pagará los siguientes servicios:   * Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores * Un examen clínico de los senos cada 24 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  El plan pagará los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses * Para las mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar la depresión  El plan pagará una prueba para detectar la depresión cada año. 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Exámenes para detectar la diabetes  El plan pagará esta prueba (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:   * Presión arterial alta (hipertensión) * Historial de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) * Obesidad * Historial de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)   En algunos casos, se podrán cubrir estas pruebas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historial de diabetes.  Dependiendo de los resultados de las pruebas, usted podría cumplir con los requisitos para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | 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 |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Exámenes y consejería para el abuso de alcohol  El plan pagará un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol.  Si el resultado del examen de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones de asesoramiento personales breves cada año (si usted puede y está alerta durante el asesoramiento) con un profesional o proveedor de cuidado primario especializado en un establecimiento de cuidado primario.  También puede obtener servicios de rehabilitación y recuperación centrados en las habilidades de afrontamiento que lo ayudarán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser individuales o grupales.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Gestión de casos específicos (TCM)  Las actividades de la TCM se encargan de atender sus necesidades médicas, sociales y educativas y de otros servicios de forma continua para ayudarlo a ser más autosuficiente.  Para obtener la TCM, usted tiene que pertenecer a uno de los siguientes grupos:   * Personas con discapacidades intelectuales y relacionadas * Adultos con enfermedades mentales graves y persistentes * Individuos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas * Adultos con deficiencias funcionales * Individuos con deficiencias sensoriales * Individuos con lesiones en la cabeza y la médula espinal y discapacidades relacionadas   La TCM solo está disponible durante los últimos 180 días que esté en una institución y se traslade a un entorno comunitario. Las personas que se trasladan a un servicio de exención no tienen derecho a la TCM.  Hable con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] o con su proveedor de cuidado primario para obtener servicios de TCM. | $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 hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la cubrirá.  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 por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido 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 * Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * 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 * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | $0 para la mayoría de los artículos  <amount not to exceed $3.40> para prótesis, dispositivos ortopédicos y suministros médicos que solo cubre 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 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 * 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 médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la 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)   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   [Insert if applicable: El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a 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.  El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio. También explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente ambulatorio mediante nuestro plan. |  |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | 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 cuenta con una serie de actividades de programas de educación de salud y bienestar para los miembros, sus familiares y otros cuidadores informales. Algunos ejemplos de temas que pueden tratarse son los siguientes:   * Autogestión de enfermedades crónicas * Formas de dejar de fumar * Prevención de caídas * Apoyo a los cuidadores * Nutrición * Abuso de alcohol y drogas * Gestión de medicamentos * Fitness * Planificación de enfermedades * Preparación para emergencias | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan pagará exámenes para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una infección de transmisión sexual (STI). Un proveedor de cuidado primario deberá pedir las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses.  El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de asesoramiento del comportamiento en persona una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener STI. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo, solamente si son proporcionadas 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar 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, cada 12 meses * 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 exploratorio) 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar cáncer de próstata  El plan pagará los siguientes servicios para los hombres una vez cada 12 meses:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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 55 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 un 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  [List copays for additional benefits.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Pruebas para detectar el VIH  El plan pagará por una prueba para detectar 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 tienen VIH o SIDA pueden obtener servicios adicionales si se inscriben en un programa de exención de Cuidados a Largo Plazo Comunitarios (CLTC). Consulte [insert reference] para obtener más información sobre los servicios para los miembros que cumplen los requisitos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios como paciente ambulatorio por 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 de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios de una clínica o departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.  Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación, los siguientes:   * Psicoterapia * Educación del paciente * Cuidados de seguimiento después de salir del hospital * Medicamentos recetados durante la estadía en el hospital o inyectados en el consultorio del médico * Exámenes y asesoramiento preventivo | $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 |
|  | 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 por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * 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/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-Outpatient.pdf). * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un 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.] | $0 |
|  | [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 psiquiátrico activo. Se ofrece como 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, 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 médico 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 adicionales, incluidos aquellos para [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the 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). 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. [Plans 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]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal 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 * 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 * 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** * la evaluación no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * 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 * Cuidado dental que no sea rutinario. 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.] |  |
|  | [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 médico, 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) * 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)   El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá acudir 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 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 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 plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restablecer su función física y prevenir lesiones, deficiencias y discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.  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 de transición del hogar para personas de la tercera edad  Los servicios de transición del hogar para personas de la tercera edad están disponibles si usted está en un hogar para personas de la tercera edad y quiere volver a su comunidad. Los servicios lo ayudan si tiene una discapacidad o una enfermedad de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:   * Servicios de aparatos, que proporcionan los aparatos necesarios * Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad * Asistencia única con el alquiler o los servicios públicos   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de transición del hogar para personas de la tercera edad (continuación)  El programa Home Again está diseñado para ayudar a las personas que han vivido en un hogar para personas de la tercera edad y desean volver a la comunidad. Si ha vivido en un centro de enfermería durante al menos 90 días, puede calificar para el programa y obtener los siguientes servicios:   * Coordinación de la transición * Intervención en caso de crisis * Servicios de empleo expandidos * Dispositivos de asistencia expandidos * Bienes y servicios expandidos * Sensores inalámbricos * Servicios de vida comunitaria * Enfermero de cuidados guiados * Animales de servicio   Si cree que califica para el programa, hable con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)]. |  |
|  | Servicios del programa de tratamiento por consumo de 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 dentales  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  [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 relacionados con lo siguiente: * Trasplantes de órganos * Oncología * Radiación de la cabeza o el cuello para el tratamiento del cáncer * Quimioterapia para el tratamiento del cáncer * Sustitución total de articulaciones * Sustitución de válvulas cardíacas * Tratamiento de traumatismos realizado en un hospital o centro de cirugía ambulatoria | $0 |
|  | [Plans that cover hearing services should modify the following description if necessary. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios para la audición  El plan paga por pruebas de 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.  [List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]  Si tiene un implante coclear o un aparato auditivo implantado quirúrgicamente, el plan paga las piezas de recambio. | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan pagará los siguientes servicios:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. * El plan solo pagará otros servicios quiroprácticos que sean médicamente necesarios. * Para que se cubran otros servicios quiroprácticos, debe tener un problema de salud importante en forma de enfermedad neuromuscular. * Los servicios quiroprácticos para enfermedades que no están relacionadas directamente con la columna vertebral, como la artritis reumatoide, la distrofia muscular, la esclerosis múltiple (EM), la neumonía y el enfisema, **no** están cubiertos.   [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 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 médico 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 [plans may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que 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 |
|  | Suministros para la incontinencia  El plan pagará los suministros para la incontinencia si su médico considera que los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros se determinan según su nivel de incontinencia. | $0 |
|  | Telemedicina  El plan cubre algunos servicios médicos o de salud mediante audio o video en tiempo real con un proveedor que no se encuentra en el mismo lugar que usted.  Estos servicios están disponibles en algunas zonas rurales, bajo ciertas condiciones, y solo si usted se encuentra en uno de los siguientes lugares: el consultorio del médico, un hospital, una clínica de salud rural, un centro de salud calificado por el gobierno federal, un centro de diálisis en un hospital, un centro de enfermería especializada (SNF) o un centro de salud mental comunitario.  Los siguientes servicios están cubiertos mediante un sistema de telecomunicación:   * Consultas * Visitas al consultorio * Psicoterapia individual * Administración de recetas * Exámenes y pruebas de entrevistas de diagnóstico psiquiátrico   Los servicios como conversaciones telefónicas, mensajes de correo electrónico y videollamadas por teléfono móvil no están cubiertos.  Los servicios de telepsiquiatría solo se prestan de forma limitada a través del Departamento de Salud Mental en asociación con más de 20 salas de emergencia de hospitales del estado. | $0 |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (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  El plan cubre las bombas de infusión (y algunos medicamentos utilizados en las bombas de infusión) que un médico recete para su uso en hogar.  Si no quiere recibir terapia de infusión en el consultorio del médico o en el hospital, puede recurrir a un centro de infusión. Consulte [insert reference to provider directory] para ver una lista de centros de infusión. Puede obtener los siguientes servicios en un centro de infusión:   * Quimioterapia * Hidratación * Inmunoglobulina intravenosa (IVIG) * Sangre y productos sanguíneos * Antibióticos * Punción intratecal/lumbar * Inhalación * Flebotomía terapéutica   Un médico estará presente en el centro de infusión en caso de que se produzcan emergencias médicas. | $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.] |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter preventivo | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellas que hayan recibido un trasplante de riñón cuando haya sido [insert as appropriate: referido **or** indicado] por su médico.  El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento 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 pagaremos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene [insert as appropriate: el referido **or** la orden] de un médico. Un médico deberá prescribir estos servicios y renovar [insert as appropriate: el referido **or** la orden] una vez al año si el tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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 * Otras vacunas si existe un riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   El plan pagará por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o de 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 |
| Icono de la manzana roja  El icono de la manzana se utiliza para indicar que un servicio es de carácter 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 médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

# Servicios de exención gestionados por los Cuidado a Largo Plazo Comunitarios (CLTC) que paga nuestro plan

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) lo ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y ayudan a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y cocinar. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero también podrían proporcionarse en un hogar para personas de la tercera edad u hospital.

Los LTSS están disponibles para los miembros en ciertos programas de excepción operados por la división de Cuidados a Largo Plazo Comunitarios (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. El tipo y las cantidades de LTSS dependen de la exención que le corresponda. Si le parece que usted necesita LTSS, puede hablar con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*] sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción.

| Servicios de exención gestionados por los CLTC que paga nuestro plan | | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- | --- |
|  | Servicios de exención Community Choices  El plan proporciona servicios adicionales a los miembros de la exención Community Choices. Estos servicios incluyen lo siguiente:   * Centro de salud de día y enfermería para adultos * Transporte al centro de salud de día para adultos * Gestión de casos y coordinación de estos servicios de exención * Servicios de compañía * Comidas con envío a domicilio * Adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo de seguridad para el baño) * Cuidado personal y de un asistente * Sistema personal de respuesta a emergencias * Algunos suplementos nutricionales * Equipos y suministros médicos especializados * Alivio temporal para su cuidador en un Centro de Cuidados Residencial Comunitario (CRCF) o en un centro para pacientes hospitalizados (centro de enfermería u hospital) | $0 |
|  | Servicios de exención para pacientes con VIH/SIDA  El plan proporciona servicios adicionales a los miembros de la exención para pacientes con VIH/SIDA. Estos servicios incluyen lo siguiente:   * Gestión de casos y coordinación de estos servicios de exención * Servicios de compañía * Comidas con envío a domicilio * Adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo de seguridad para el baño) * Cuidado personal y de un asistente * Servicios privados de enfermería * Algunos suplementos nutricionales | $0 |
|  | Servicios de exención para personas dependientes de un respirador mecánico  El plan proporciona servicios adicionales a los miembros de la exención para personas dependientes de un respirador mecánico. Estos servicios incluyen lo siguiente:   * Gestión de casos y coordinación de estos servicios de exención * Comidas con envío a domicilio * Adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo de seguridad para el baño) * Cuidado personal y de un asistente * Sistema personal de respuesta a emergencias * Servicios privados de enfermería * Algunos suplementos nutricionales * Equipos y suministros médicos especializados * Alivio temporal para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar) | $0 |

# 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:

Por lo general, si usted está fuera de su área de servicio del plan por más de seis meses, 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.]

# 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 a su disposición a través de Medicare. Puede obtener estos servicios de la misma manera que lo hace actualmente.

## G1. Cuidados en hospicio

Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. 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. 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 (excepto por cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia):**

* 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 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información.

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su [coordinador de cuidado de salud/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 pronóstico médico terminal.

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están a su disposición a través de Healthy Connections Medicaid. Puede obtener estos servicios de la misma manera que lo hace actualmente.

## G2. Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), los cuidados preventivos (limpieza anual), los cuidados de restauración (empastes) y los cuidados quirúrgicos (extracciones) están cubiertos a través del pago por servicio con un copago de $3.40. Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] para obtener más información.

## G3. Servicios de transporte que no sean emergencias médicas

La asistencia con el transporte está disponible hacia y desde cualquier cita médica con un copago de $0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Las solicitudes urgentes o para el mismo día (como la asistencia con el transporte en caso de altas hospitalarias rutinarias) se verificarán con los proveedores de cuidado de salud para confirmar que es médicamente necesario brindar servicios en un corto plazo. **Todos los miembros que necesiten un transporte de emergencia deben llamar al 911.**

Para obtener más información, comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] o consulte el folleto para miembros que se encuentra en el sitio web de LogistiCare, el agente de transporte: [memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads](https://memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads). Si tiene más preguntas, comuníquese con LogistiCare utilizando la información de contacto de su región que figura en el folleto para miembros.

# Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Healthy Connections 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 Healthy Connections 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. 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 [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 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.
* Prótesis dentales. No obstante, el cuidado dental requerido para tratar enfermedades o lesiones podría estar cubierto como paciente hospitalizado o externo.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* 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 [*plans 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.
* [Plans should delete this if supplemental:] Anteojos, exámenes de ojos regulares, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de visión. Sin embargo, el plan pagará los anteojos después de una cirugía de cataratas.
* Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* Exámenes para la audición, audífonos o exámenes para la adaptación de audífonos.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Suministros anticonceptivos de venta sin receta médica.
* 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. Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
* Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Cuidado de los pies habitual, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare.
* Servicios que no se consideran “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 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 los montos de costos compartidos.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.