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:* ycuánto 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 should reference the stand alone Member Handbook and Provider Manual developed specifically for Nursing Facilities, which were incorporated into managed care in Texas effective March 1, 2015.*]

[*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 losgastos directos de su bolsillo] 3](#_Toc106259704)

[A1. Durante emergencias de salud pública 3](#_Toc106259705)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 3](#_Toc106259706)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 4](#_Toc106259707)

[D. Tabla de beneficios 7](#_Toc106259708)

[E. Nuestros servicios con base en el hogar y la comunidad 53](#_Toc106259709)

[F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 64](#_Toc106259710)

[G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 64](#_Toc106259711)

[G1. Cuidados en hospicio 64](#_Toc106259712)

[G2. Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASSR) 65](#_Toc106259713)

[H. Beneficios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid 65](#_Toc106259714)

# 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. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. [Insert if 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 Texas 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 saber los servicios que están cubiertos, llame al coordinador de servicios o a Servicios al miembro al <toll-free number>. [Plans should include a phone number or other contact information.]

## 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 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 por Medicare y Texas Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, así como aquellos servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. [Plans should add the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate *and ensure that it is updated and used consistently throughout member material models*.]
* [Insert if applicable: Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan 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.]
* [Plans should describe how a member can obtain services.]
* [Insert if applicable: Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo coordinador de servicios que le proporciona el cuidado y está a cargo de este. [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 otro PCP o a 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.]
* [Insert if applicable: Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota de pie de página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva]. [Insert if applicable: Además, usted debe obtener PA para los siguientes servicios que no se incluyen en la Tabla de beneficios: [insert list].]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)”* in section B-19 of the Plan Benefit Package submission: **Información importante sobre beneficios para miembros con determinadas afecciones crónicas.** Si usted tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con cierto criterio médico, puede cumplir con los requisitos para recibir beneficios adicionales [*insert if applicable:* o un costo compartido reducido]:
  + [*List all applicable chronic conditions here.*]
  + If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.]

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

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Include the following where appropriate: Usted deberá hablar con su proveedor y obtener un referido.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Texas Medicaid requirements. Preventive services must be identified with the apple icon.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA. (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.
* Plans should include any other services (non-capitated) they can help members get.
* 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 siguiente página*.*** *At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by* **(continuación)**. *Plans may refer to* **Equipo médico duradero (DME) 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. For consistency, these formatting instructions are applicable to Sections D and E.*]

| Servicios 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); * no está asociado a ninguna operación, **y** * no está asociado al embarazo.   El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Agencia de cuidados de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or 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 | $0 |
|  | [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.] |
| Preventative services | 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 (proporcionadas con estos zapatos)   El plan también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.   * En algunos casos, el plan pagará educación para ayudarlo a controlar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Cirugía como paciente ambulatorio  El plan pagará cirugías como paciente ambulatorio y servicios en centros para pacientes ambulatorios en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
| Preventative services | 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.   El plan también ofrece asesoramiento para dejar de consumir tabaco a las mujeres embarazadas.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Preventative services | 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 |
| Preventative services | 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 chequeo 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 la del feto; **o** * daños graves a las funciones corporales; **o** * disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** * en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: * no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes de que dé a luz. * El traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos. | $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., 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).] |
| Preventative services | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Cuidado de la vista  El plan pagará servicios de un médico para pacientes 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.  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.   El plan pagará un examen de los ojos cada dos años.  [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare and Texas Medicaid.] El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años. | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]  El plan pagará 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, incluyendo almacenamiento y administración [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan pagará sangre entera y glóbulos rojos empacados, comenzando por la cuarta unidad que usted necesite. Usted deberá pagar las tres primeras unidades de sangre que reciba en un año calendario, donarse sangre a usted mismo o recibir la donación de otra persona. * El plan pagará todos los demás componentes de la sangre, comenzando por la primera unidad que utilice. * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería * Exámenes de laboratorio proporcionados por centros de enfermería   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)   * Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería * Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería * Servicios de un médico o proveedor   Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de nuestro plan:   * Un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería) * Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o su pareja de hecho al momento de abandonar el hospital |  |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es 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 (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan o si es fin de semana).  Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or 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 asistente médico **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 [Plans should include any Texas Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)] * Tratamiento de día [Plans should include any Texas Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)] * Servicios de rehabilitación psicosocial [Plans should include any Texas Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)]   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en centros de enfermería | $0 |
|  | Cuidados en hospicio  Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados de salud en el hogar   **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare son facturados a Medicare.**   * Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.   **Para los servicios cubiertos por <plan name> que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:**   * <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted paga [insert as appropriate: el monto de costo compartido del plan ***or*** no paga nada] por estos servicios.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **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 cuidados fuera del hospicio, usted deberá llamar a su Coordinador de servicios para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “Service Coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan pagará 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 * Análisis de laboratorio   **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)   * 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 lenguaje * Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias * Sangre, incluyendo almacenamiento y administración [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan pagará sangre entera y glóbulos rojos empacados, comenzando por la cuarta unidad que usted necesite. Usted deberá pagar las tres primeras unidades de sangre que reciba en un año calendario, donarse sangre a usted mismo o recibir la donación de otra persona. * El plan pagará todos los demás componentes de la sangre, comenzando por la primera unidad que utilice. * 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.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)  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.] |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes aparatos prostéticos y, posiblemente, 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. | $0 |
|  | [Plans that cover durable medical equipment as a Texas Medicaid benefit should modify the following description if necessary.]  Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  (Consulte la definición de “equipo médico duradero (DME)” en el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] y también el Capítulo 3, Sección M, 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 por todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario, por el que Medicare y Texas Medicaid usualmente paga. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted les puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted.]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  [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>.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico cubierto en la lista de marcas y fabricantes de Medicare y Texas 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])*.*] |  |
| Preventative services | Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan pagará una sola ecografía de detección para las personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio  El plan pagará 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 * [Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] Sangre, empezando por la cuarta unidad de sangre que necesite. Usted deberá pagar las tres primeras unidades de sangre que reciba en un año calendario, donarse sangre a usted mismo o recibir la donación de otra persona. El plan pagará almacenamiento y administración, comenzando con la primera unidad que necesite. * Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Preventative services | 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 |
| Preventative services | Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  El plan pagará los siguientes servicios:   * Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años * 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 |
| Preventative services | 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 * Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Preventative services | 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 |
| Preventative services | 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 |
| Preventative services | 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 Texas Medicaid or 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. Esto incluye a las mujeres embarazadas.  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.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (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 centro de enfermería. 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   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)   * 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 |
|  | 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   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * 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) * 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. |  |
| Preventative services | 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 |
| Apple icon indicates preventive services. | 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 |
| Preventative services | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Programas de educación de salud y bienestar  [These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here. Plans should include information on enhanced disease management, tele-monitoring, web/phone-based technology and counseling services.] | $0 |
| Preventative services | Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan pagará exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para mujeres embarazadas y 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 o en ciertos casos durante el embarazo.  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 |
| Preventative services | Pruebas para detectar cáncer colorrectal  El plan pagará los siguientes servicios para personas de 50 años y mayores:   * Sigmoidoscoipía 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 |
| Preventative services | Pruebas para detectar cáncer de próstata  El plan pagará para los hombres de 50 años y mayores los siguientes servicios una vez cada 12 meses:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Preventative services | Pruebas para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * tiene entre 50 y 77 años, **y** * tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, **y** * ha fumado al menos 1 paquete al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años   Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor especializado.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Preventative services | 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.   Para las mujeres embarazadas, el plan pagará hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias  [Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.] | $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 asistencia personal  El plan cubre asistencia personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Arreglo personal * Alimentación * Bañarse * Vestido e higiene personal * Tareas funcionales de la vida diaria o asistencia con planificación * Preparación de comidas * Transporte o ayuda para obtener transporte * Ayuda con actividad ambulatoria y movilidad * Refuerzo de actividades de apoyo del comportamiento o de terapias especializadas, **y** * Asistencia con medicamentos   Estos servicios pueden ser autodirigidos si usted lo decide. Esta opción le permite a usted o a su representante legalmente autorizado a ser el empleador de sus proveedores de servicios y a dirigir la prestación de los servicios del programa. | $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/media/11101](https://www.medicare.gov/media/11101) * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un 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 Texas 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 comprobar si necesita tratamiento   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR §422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: Determinados servicios de telesalud, incluidos [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member). Plans may refer members to their medical coverage policy here].]   + Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. [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 (ESRD) que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar. * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus. * Servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso. * Servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:   + Usted tiene una visita presencial dentro de los seis meses anteriores a su primera visita de teleasistencia.   + Usted tiene una visita presencial cada doce meses mientras recibe estos servicios de teleasistencia.   + En determinadas circunstancias, se podrán hacer excepciones con respecto a lo anterior. * Servicios de teleasistencia para visitas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente. * Visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que:   + usted no sea un paciente nuevo **y**   + la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y**   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * + 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 médico, así como su interpretación y seguimiento por parte de su médico 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. * 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 (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) * Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) * Asesoramiento y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Asesoramiento y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días) * Asesoramiento sobre genética   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)  El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá acudir a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada) * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Pruebas genéticas |  |
|  | Servicios de podiatría  El plan pagará los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) * Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Servicios de programa de tratamiento con opiáceos (OTP)  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):   * Exámenes y evaluaciones iniciales * Evaluaciones periódicas * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * Asesoramiento por abuso de sustancias * Terapia individual y grupal * Pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan pagará servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de un 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 Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.  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 salud del comportamiento  El plan pagará los siguientes servicios:   * Gestión de casos específicos de salud mental * Servicios de rehabilitación de salud mental | $0 |
|  | [Plans can include additional information related to this benefit as appropriate.]  Servicios de transporte que no sean emergencias médicas (NEMT)  El plan le pagará servicios de transporte que no sean emergencias médicas si usted no tiene ninguna otra opción de transporte.   * Los servicios incluyen los viajes para ir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia o a otros lugares para recibir servicios de cuidado para la salud. * Los viajes en ambulancia **no** están incluidos.   Los Servicios de NEMT incluyen lo siguiente:   * Pases o billetes, por ejemplo, para el traslado en medios de transporte público entre o dentro de ciudades o estados (incluidos el tren y el autobús). * Servicios de transporte aéreo en línea comercial * Servicios de transporte de respuesta a la demanda (de acera a acera) en autobús, microbús o sedán (incluidos vehículos con acceso para silla de ruedas, si es necesario). * Reembolso de las millas recorridas al participante en transporte individual (ITP) durante un viaje realizado y verificado al lugar de recepción de un servicio para el cuidado de la salud cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino. | $0 |
|  | [Plans should include this row if applicable. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios dentales  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  [List any additional (non-waiver) benefits offered, such as routine dental care, dental X-rays, and cleanings.] | $0 |
|  | [Plans that cover hearing services as a Texas Medicaid benefit should modify the following description if necessary. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios para la audición  El plan paga 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.  El plan también pagará audífonos para un oído cada cinco años.  [List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, additional hearing aid benefits, and evaluations for fitting hearing aids.] | $0 |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos  El plan pagará servicios de cuidado de salud mental que requieran una estadía en el hospital. [List days covered and restrictions, such as a 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital, unless the 190-day limit does not apply due to Texas Medicaid wrap-around coverage. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.] | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan pagará los siguientes servicios:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.   [List any additional benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | $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], o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. * Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis * Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar * Ciertos servicios de respaldo en el hogar, como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua   Sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba. | $0 |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la 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 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.] |
| Preventative services | 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 |
| Preventative services | Vacunas (inmunizaciones)  El plan pagará los siguientes servicios:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias * Vacunas contra la hepatitis B, si existe un riesgo elevado o intermedio de que pueda contraer hepatitis B * Vacuna contra la COVID-19 * 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 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 |
| Preventative services | 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 |

# Nuestros servicios con base en el hogar y la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan cubre también servicios con base en el hogar y la comunidad. Estos son servicios que usted podría usar en lugar de ir a un centro. Para recibir algunos de estos servicios, usted tendrá que cumplir con los requisitos para el programa de excepción en el hogar y la comunidad (STAR+PLUS Waiver). Su Coordinador de servicios colaborará con usted para decidir si estos servicios estarán en su Plan de cuidado.

[Plans should modify this table to reflect additional plan-covered benefits as appropriate.]

| **Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan** | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- |
| Ayuda con el empleo  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Identificación de sus preferencias de empleo, habilidades de trabajo y requisitos para un entorno y condiciones de trabajo * Localización de posibles empleadores, que ofrezcan un empleo comparable a sus preferencias, habilidades y requisitos identificados * Comunicación con un posible empleador en su nombre y negociación de su empleo * Transporte * Participación en las reuniones del equipo de planificación de servicios | $0 |
| Ayudas de adaptación y suministros médicos  El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos necesarios para satisfacer sus necesidades específicas, incluyendo aquellos necesarios para soporte de vida, hasta un límite de $10,000 por año.  El plan podría pagar por lo siguiente si es médica o funcionalmente necesario y tal vez otros artículos o servicios no anotados aquí:   * Elevadores, incluidos los elevadores para vehículos * Ayudas para movilidad * Dispositivos de posicionamiento * Interruptores de control o interruptores y dispositivos neumáticos * Unidades de control medioambiental * Suministros médicamente necesarios * Ayudas para comunicaciones (incluyendo baterías) * Equipo de adaptación o modificado para las actividades de la vida diaria * Sujeciones y dispositivos de seguridad   Los administradores de cuidados pueden ayudarle a obtener suministros o equipo médico. | $0 |
| Comidas con envío a domicilio  El plan cubre comidas nutritivas calientes servidas en su casa. Las comidas están limitadas a 1 o 2 por día. | $0 |
| Consulta de respaldo  El plan cubre una consulta de respaldo opcional, proporcionada por un consejero de respaldo certificado.  Este consejero le ayudará a aprender sobre las responsabilidades de un empleador y cómo cumplir con ellas.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Reclutamiento, selección y contratación de trabajadores * Preparación de descripciones de trabajo * Verificación de elegibilidad para el empleo, certificaciones y otros documentos requeridos para emplear a una persona * Administración de trabajadores * Otras destrezas profesionales, como sea necesario | $0 |
| Cuidado temporario para adultos  El plan cubre alojamiento las 24 horas en un hogar de cuidados temporeros si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales o si no puede continuar funcionando independientemente en su propio hogar.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Preparación de comidas * Servicios de limpieza del hogar * Cuidado personal * Tareas de enfermería * Supervisión * Servicios de compañía * Asistencia para las actividades de la vida diaria * Transporte | $0 |
| Cuidados de relevo  El plan podría pagar por los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios hasta para 30 días al año y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Asistencia personal * Actividades de habilitación * Actividades comunitarias * Actividades de ocio * Supervisión de su seguridad * Desarrollo de comportamientos sociales * Desarrollo de destrezas para la vida diaria   Se proporcionan cuidados de respiro para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Pueden proporcionarse en los siguientes lugares: su casa o lugar de residencia, en un hogar de cuidados temporarios para adultos; en un centro de enfermería certificada por Texas Medicaid y en un centro de vida asistida. | $0 |
| Empleo respaldado  El plan cubre empleo con respaldo, proporcionado para usted en su sitio de trabajo, si:   * necesita servicios de respaldo para mantener el empleo debido a una discapacidad, * le pagan salario mínimo (o más) por el trabajo realizado, **y** * su sitio de trabajo es competitivo e integrado.   El plan también cubre el transporte de ida y vuelta a su sitio de trabajo y supervisión y entrenamiento para usted, más allá de lo que le proporcionaría normalmente su empleador. | $0 |
| Fisioterapia  El plan cubrirá fisioterapia, evaluación y tratamiento por un fisioterapeuta con licencia.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Evaluación y tratamiento * Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico * Intervención terapéutica directa * Asistencia y entrenamiento con dispositivos de ayuda de adaptación y para la comunicación * Consultas y entrenamiento para otros proveedores y familiares * Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado | $0 |
| Modificaciones menores en el hogar  El plan cubre modificaciones menores en su hogar para garantizar su salud, bienestar y seguridad y para permitirle vivir de forma más independiente en su hogar. El plan cubrirá hasta $7,500 durante el curso de su vida y también cubrirá hasta $300 por reparaciones cada año.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Instalación de rampas y barandas para sostenerse * Ampliación de puertas * Modificaciones de instalaciones de baño y cocina, **y** * Otras adaptaciones de acceso especializadas | $0 |
| Servicios de asistencia de transición  El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un hogar en la comunidad, hasta un límite de $2,500.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Pago de los depósitos de seguridad necesarios para alquilar un apartamento o casa * Cuotas o depósitos para incluir los servicios públicos en el hogar, incluyendo teléfono, electricidad, gas y agua * Compra del mobiliario esencial para el apartamento o casa, incluyendo mesa, sillas, persianas, utensilios de mesa, artículos para preparación de alimentos y toallas de baño * Pago de los gastos de mudanza requeridos para mudarse u ocupar la casa o apartamento, **y** * Pago de los servicios para garantizar su salud en el apartamento o casa, como erradicación de plagas, control de alérgenos o una limpieza única antes de la mudanza | $0 |
| Servicios de asistencia personal  El plan cubre asistencia personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Arreglo personal * Alimentación * Bañarse * Vestido e higiene personal * Tareas funcionales de la vida diaria o asistencia con planificación * Preparación de comidas * Transporte o ayuda para obtener transporte * Ayuda con actividad ambulatoria y movilidad * Refuerzo de actividades de apoyo del comportamiento o de terapias especializadas, **y** * Asistencia con medicamentos | $0 |
| Servicios de enfermería  El plan cubre el tratamiento y monitoreo de sus condiciones médicas, especialmente si usted tiene alguna condición crónica que requiera tareas específicas de enfermería. | $0 |
| Servicios de habilitación de día  Estos servicios le ayudan a obtener, retener o mejorar las destrezas necesarias para vivir correctamente en el entorno del hogar o en la comunidad.  Estos servicios promueven la independencia, las decisiones personales y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios. | $0 |
| Servicios de respuesta a emergencias  EL plan cubre servicios de respuesta a emergencias mediante un sistema de monitoreo electrónico, 24 horas del día, 7 días de la semana.  En una emergencia, usted puede pulsar un botón para avisar que necesita ayuda. | $0 |
| Servicios de tareas funcionales de la vida diaria  Estos servicios le propocionan:   * Ayuda para planificar y preparar comidas * Transporte o ayuda para conseguir transporte * Ayuda con actividad ambulatoria y movilidad * Refuerzo de actividades de apoyo del comportamiento o de terapias especializadas * Asistencia con medicamentos | $0 |
| Servicios de vida asistida  El plan cubre alojamiento las 24 horas en un hogar de cuidados temporeros si no puede vivir independientemente en su propio hogar.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Casa de huéspedes o cuidado de acompañante, que le proporciona: * Asistencia personal * Tareas funcionales de la vida diaria * Supervisión de su seguridad * Actividades de habilitación * Vida supervisada, que le proporciona: * Asistencia personal * Tareas funcionales de la vida diaria * Supervisión de su seguridad * Actividades de habilitación * Servicio de respaldo residencial, que le proporciona: * Asistencia personal * Tareas funcionales de la vida diaria | $0 |
| Servicios dentales  El plan cubre los siguientes servicios para ayudarle a conservar los dientes y satisfacer sus necesidades médicas hasta $5,000 por año. Si se requieren los servicios de un cirujano oral, usted podría obtener $5,000 adicionales por año.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Tratamientos dentales de emergencia * Tratamientos dentales preventivos * Tratamientos dentales terapéuticos (restauración, mantenimiento, etc.) * Tratamientos dentales ortodónticos | $0 |
| Terapia de rehabilitación cognitiva  El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o reaprender destrezas cognitivas.  Estas destrezas podrían haberse perdido o alterado como resultado de un daño a las células cerebrales o a la química cerebral. | $0 |
| Terapia del habla, oído y el lenguaje  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Evaluación y tratamiento * Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico * Intervención terapéutica directa * Asistencia y entrenamiento con dispositivos de ayuda de adaptación y para la comunicación * Consultas y entrenamiento para otros proveedores y familiares * Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado | $0 |
| Terapia ocupacional  El plan cubrirá terapia ocupacional para usted, la cual proporciona evaluación y tratamiento por un terapeuta ocupacional con licencia.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Evaluación y tratamiento * Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico * Intervención terapéutica directa * Asistencia y entrenamiento con dispositivos de ayuda de adaptación y para la comunicación * Consultas y entrenamiento para otros proveedores y familiares * Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado | $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:

Si usted está fuera de su área de servicio del plan por más de seis meses, pero no se ha mudado de manera definitiva, normalmente debemos cancelar su inscripción en 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. 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 Texas Medicaid fee-for-service, as appropriate.]

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están a su disposición a través de Medicare o Texas Medicaid.

## G1. Cuidados en hospicio

Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Los programas de hospicio proporcionan cuidado paliativo y de respaldo a los miembros y a las familias, para atender las necesidades especiales causadas por las tensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales y económicas, experimentadas en las etapas finales de una enfermedad y durante la muerte y el duelo. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red 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 del hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin relación con su pronóstico médico terminal:**

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

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

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

**Nota:** Si usted necesita cuidados fuera del hospicio, usted deberá llamar a su Coordinador de servicios 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.]

## G2. Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASSR)

Es un programa que garantiza que los miembros no son colocados inapropiadamente en hogares para personas de la tercera edad. Este exige que (1) se evalúe a los miembros en cuanto a enfermedades mentales, discapacidad intelectual o ambas; (2) se ofrezca en el entorno más apropiado para sus necesidades (lugares en la comunidad, un centro de enfermería o para enfermos agudos); y (3) que reciban los servicios que necesiten en esos entornos.

# Beneficios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas 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 Texas Medicaid tampoco los pagará.

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

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

* Servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Texas Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 [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.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Servicios privados de enfermería.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
* Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Servicios de tareas del hogar, incluida la asistencia básica del hogar, como la limpieza o la preparación de comidas.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Cuotas que se le hayan cargado a un familiar directo o a miembros de su hogar.
* 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.
* 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.
* [Plans should delete this if dental services are supplemental benefits:] Cuidados dentales habituales, como limpiezas, empastes o prótesis dentales. No obstante, el cuidado dental requerido para atender enfermedades o lesiones podría estar cubierto como paciente hospitalizado o externo.
* Cuidado quiropráctico distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* Cuidado de los pies habitual, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* [Plans should delete any of the following if covered as supplemental benefits:] Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de visión.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros contraceptivos no prescritos.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de VA y 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.