Capítulo 4: Artículos y servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo lo informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le proporciona 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 participante*.

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Tabla de contenidos

[A. Sus artículos y servicios cubiertos 2](#_Toc139280034)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc139280035)

[B. Reglas contra el cobro de artículos o servicios cubiertos por parte de proveedores 2](#_Toc139280036)

[C. Sobre la Tabla de artículos y servicios cubiertos de nuestro plan 2](#_Toc139280037)

[D. Tabla de artículos y servicios cubiertos 5](#_Toc139280038)

[E. Tabla de servicios de exención con base en el hogar y la comunidad 65](#_Toc139280039)

[F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 69](#_Toc139280040)

[G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 70](#_Toc139280041)

[G1. Servicios en un centro de maternidad independiente 70](#_Toc139280042)

[G2. Servicios de hospicio 70](#_Toc139280043)

[H. Beneficios que no están cubiertos por <plan Name>, Medicare ni Medicaid 71](#_Toc139280044)

# Sus artículos y servicios cubiertos

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

Debido a que usted es un participante de FIDA-IDD, no deberá pagar por sus artículos y servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas de <plan name>. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de cuidados o a Servicios al participante, al <Participant Services number>.

## A1. Durante emergencias de salud pública

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

# Reglas contra el cobro de artículos o servicios cubiertos por parte de proveedores

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

**Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por los artículos y servicios cubiertos.** Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al participante.

# Sobre la Tabla de artículos y servicios cubiertos de nuestro plan

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

**Pagaremos por los artículos y servicios indicados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** Usted no pagará nada por los artículos y servicios indicados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.

* Sus artículos y servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
* Los artículos y servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa aquellos artículos y servicios que usted necesite para prevenir, diagnosticar, corregir o curar las afecciones médicas que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro su vida, tengan como resultado una enfermedad o dolencia, interfieran en su capacidad de actividad normal o puedan provocar alguna discapacidad grave, o para 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. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. [The plan should add the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate and ensure that it is updated and used consistently throughout Participant material models.]
* Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>. En la mayoría de los casos, <plan name> no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea aprobado por su Equipo interdisciplinario (IDT) o <plan name>. El Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* Usted tiene un IDT que hará los arreglos y administrará su cuidado. Para obtener más información sobre su IDT, consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable].
* La mayoría de los artículos y servicios indicados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos solamente serán cubiertos si su IDT, <plan name> o un proveedor autorizado los aprueban. Esto se llama autorización previa (PA). La Tabla de artículos y servicios cubiertos le indica cuándo un artículo o servicio no requiere PA.
* [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 de beneficios para participantes con ciertas afecciones crónicas.** Si usted tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:
  + [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 Participant eligible for SSBCI.]

Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de artículos y servicios cubiertos para más información.]

* [Insert as applicable: La mayoría de **or** Todos] los cuidados preventivos están cubiertos por <plan name>. Usted encontrará esta manzana El icono de la manzana indica servicios preventivos al lado de los servicios preventivos en la Tabla de artículos y servicios cubiertos.

[Instructions on completing the Covered Items and Services Chart:

* The plan must identify preventive services with the apple icon.
* The plan may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Covered Items and Services Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* The plan may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* For services that do not require PA, the plan may add at the end of the service description: **Este servicio no requiere una PA.**
* A plan offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:
  + Deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.
  + Update the Covered Items and Services 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 artículos y servicios cubiertos

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

| Servicios que paga <plan name> | | 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. | $0 |
|  | Administración de casos  La administración de casos está diseñada de forma individual para ayudar al participante a obtener acceso a los servicios que necesita. La administración de casos ayuda a garantizar la salud y el bienestar del participante, y a aumentar su independencia y calidad de vida. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre la administración de casos. | $0 |
|  | Asesoramiento de bienestar  <Plan name> pagará por el asesoramiento de bienestar para ayudar a los participantes médicamente estables a mantener su estado de salud óptimo.  Un enfermero profesional registrado (RN) trabaja con el participante para reforzar o enseñarle hábitos saludables, como la necesidad de ejercicio diario, control del peso o evitar fumar. El RN también podrá ofrecer apoyo para el control de enfermedades o trastornos como presión alta, diabetes, obesidad mórbida, asma o colesterol alto. El RN puede ayudar al participante a identificar signos y síntomas que pueden requerir intervención para evitar complicaciones adicionales de la enfermedad o el trastorno.  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
|  | Asistencia para mudanzas  <Plan name> pagará el traslado de un participante que deba trasladarse de un entorno institucional a un entorno comunitario. Este servicio cubre el costo de trasladar físicamente los muebles y otras pertenencias del participante al entorno comunitario donde residirá. El plan debe usar una compañía de mudanzas autorizada/certificada por el Departamento de Transporte del Estado de New York. | $0 |
|  | [If this benefit is not applicable, the plan should delete this row.]  Ayuda con ciertas afecciones crónicas  [A plan offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),”* which Participants with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits. If offering SSBCI, the plan must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | [List copays.] |
|  | Beneficios de farmacia (como paciente ambulatorio)  <Plan name> pagará por ciertos medicamentos genéricos y de marca, además de medicamentos sin receta, para tratar la enfermedad o afección del participante. Los Capítulos 5 y 6 [plan may insert references, as applicable] proporcionan información adicional sobre sus beneficios de farmacia. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  <Plan name> pagará por 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 de pie diabético grave, <plan name> pagará lo siguiente:   * un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, **o** * un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos)   <Plan name> también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.  En algunos casos, <plan name> pagará la educación para ayudarlo a controlar la diabetes. | $0 |
|  | Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)  <Plan name> pagará a una institución que proporcione cuidados de salud integrales e individualizados y servicios de rehabilitación a un participante para promover su estado funcional e independencia. | $0 |
|  | Cirugía como paciente ambulatorio  <Plan name> pagará por cirugías como paciente ambulatorio y servicios en centros para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
|  | Clínica para pacientes ambulatorios certificada por OPWDD  <Plan name> pagará por los servicios clínicos prestados por una clínica de Artículo 16. Los servicios clínicos incluyen:  servicios de rehabilitación o habilitación (p. ej.: fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, patología del habla y el lenguaje, trabajo social);  servicios médicos o dentales; **y**  servicios de cuidado de salud (p. ej.: enfermería, dietética y nutrición, audiología, podiatría). | $0 |
|  | Comidas entregadas a domicilio y congregadas/Beneficio alimenticio  Este servicio permite hasta dos comidas por día para aquellos participantes que no pueden prepararse o tener acceso a comidas nutricionalmente adecuadas por ellos mismos. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Cómo dejar de fumar o consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)  Si usted usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco, usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:  <Plan name> pagará por dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que intente dejar de fumar, como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.  <Plan name> pagará por sesiones de asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas y mujeres hasta seis meses después del nacimiento. Este asesoramiento para dejar de fumar es adicional a los beneficios de productos de venta con y sin receta médica para dejar de fumar.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Consulta anual de rutina o examen físico de rutina  Si usted ha estado inscrito en la Parte B de Medicare por más de 12 meses, puede hacerse un control anual de rutina. Este tiene como fin desarrollar o actualizar un plan preventivo basado en su salud y sus factores de riesgo actuales. <Plan name> pagará por esta consulta una vez cada 12 meses.  **Nota:** No podrá hacerse el primer control anual en los 12 meses de la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. El plan cubrirá chequeos anuales cuando lleve 12 meses con la Parte B. No es necesario que haya realizado una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  <Plan name> paga una visita al año a su proveedor de cuidado primario (PCP) 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.  Este servicio no requiere una PA. | $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 o de salud del comportamiento.  Una emergencia médica o de salud del comportamiento es una enfermedad con síntomas graves, dolor intenso 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**  deterioro grave de las funciones corporales; **o**  disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**  desfiguración grave de dicha persona; **o**  en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:   * No hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes del parto. * El traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del bebé.   Esta cobertura es dentro de los EE. UU. y sus territorios.  Este servicio no requiere una PA. | $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, [The plan should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits:(p. ej. usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red, solamente si <plan name> aprueba su estadía).] |
|  | Cuidado de la vista: Anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto  <Plan name> pagará por anteojos, lentes de contacto médicamente necesarias y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de serie o a medida), ayudas y servicios para visión reducida, cuando sean autorizados por un optometrista u oftalmólogo. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas.  Los anteojos y lentes de contacto se proporcionan una vez cada dos años, a menos que sea médicamente necesario cambiarlos con más frecuencia o a menos que los anteojos o lentes de contacto se pierdan, se dañen o se destruyan.  [The plan should modify this description if it offers more than is covered by Medicare.] <Plan name> pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía). <Plan name> también pagará por lentes correctivos y marcos y su reemplazo si usted los necesita después de una operación de cataratas sin implante de lente.  Se puede acceder directamente a los servicios de las clínicas del Artículo 28 sin una PA de <plan name> o su IDT. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Cuidado de la vista: Exámenes de los ojos y de la vista, y cuidados de los ojos  El plan pagará servicios médicos como paciente ambulatorio para el diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales, enfermedades de los ojos y lesiones en los ojos. 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. Los exámenes de refracción están limitados a 1 (uno) cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarios.  Para las personas con alto riesgo de glaucoma, <plan name> pagará por un examen de glaucoma al 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.  Se puede acceder directamente a los servicios de las clínicas del Artículo 28 sin una PA de <plan name> o su IDT. | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  <Plan name> cubre un número ilimitado de días de cuidados en un SNF y no se requiere una estadía previa en un hospital.  <Plan name> pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:  habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario  comidas, incluyendo dietas especiales  servicios de enfermería  fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidado, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea  sangre, incluido el almacenamiento y la administración  suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería  exámenes de laboratorio proporcionados por centros de enfermería  radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería  dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería  servicios de un médico o proveedor  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)  Generalmente, recibirá su cuidado por parte de los centros de la red. No obstante, es probable que usted pueda recibir su cuidado de un centro de fuera de nuestra red. Usted puede recibir cuidado de los siguientes lugares si estos aceptan las tarifas de <plan name>.  un centro de enfermería o la comunidad de continuación de cuidados para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta provea cuidados de centro 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, ya sea porque las circunstancias no lo permiten o porque no es razonable hacerlo, (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan o necesita servicios inmediatos médicamente necesarios debido a una afección no diagnosticada pero que no presupone una emergencia médica).  El cuidado de urgencia no incluye servicios de cuidado primario o los servicios prestados para tratar una afección médica de emergencia.  Esta cobertura es dentro de los EE. UU. y sus territorios.  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
|  | Cuidados agudos en un hospital como paciente hospitalizado, incluyendo servicios por abuso en el consumo de sustancias y de rehabilitación  [List any restrictions that apply.]  <Plan name> pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido 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  radiografías y otros servicios de radiología  suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios  aparatos, como sillas de ruedas  servicios de sala de operaciones y de recuperación  fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias  sangre, incluido el almacenamiento y la administración  servicios médicos  en algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y órganos intestinales/multiviscerales.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Usted deberá obtener la aprobación de <plan name> para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | Cuidados agudos en un hospital como paciente hospitalizado, incluyendo servicios por abuso en el consumo de sustancias y de rehabilitación (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. [The plan should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante 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.] [The plan may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | Cuidados de salud de día para adultos  <Plan name> pagará por los cuidados de salud de día para adultos participantes que presenten deterioro funcional, no puedan salir de su casa y necesiten ciertos artículos o servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación.  Los cuidados de salud de día para adultos incluyen los siguientes servicios:  servicios médicos  servicios de enfermería  alimentos y nutrición  servicios sociales  terapia de rehabilitación  actividades de tiempo libre, que forman parte de un programa planificado de diferentes actividades significativas  servicios dentales  servicios farmacéuticos  otros servicios auxiliares | $0 |
|  | Cuidados de salud de día para adultos con SIDA  <Plan name> pagará por programas de cuidados de salud de día para adultos con SIDA para los participantes con VIH.  Los programas de cuidados de salud de día para adultos con SIDA incluyen los siguientes servicios:  asesoría o educación individuales y grupales proporcionadas en un entorno de programa estructurado  cuidados de enfermería (incluyendo triaje o evaluación de síntomas nuevos)  ayuda para respetar la medicación  servicios de nutrición (incluyendo desayuno o almuerzo)  servicios de rehabilitación  servicios por abuso de sustancias  servicios de salud mental  servicios de reducción de riesgo de VIH | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios  <Plan name> pagará por los 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 asesor profesional clínico con licencia (LPC), * un psicólogo especializado en terapia familiar y de pareja (LMFT) * un enfermero con licencia (NP), * un asistente médico (PA), **o** * cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado.   <Plan name> pagará por los siguientes servicios:   * sesiones de terapia individual * sesiones de terapia de grupo * servicios clínicos [The plan should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits).] * tratamiento de día [The plan should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits).] * servicios de rehabilitación psicosocial [The plan should include any Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits).]   Los participantes pueden acceder directamente una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener una PA. | $0 |
|  | Cuidados en centros de enfermería  <Plan name> pagará por centros de enfermería para los participantes que necesiten cuidado en centros de enfermería y supervisión las 24 horas del día fuera de un hospital. | $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 [insert as appropriate: paga el monto de costo compartido del plan **or** no paga nada] por estos servicios.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Para los medicamentos que cubre el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**  Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el cuidado de hospicio como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable].  **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio, llame a su administrador de cuidado para gestionar los servicios. Los cuidados que no son de hospicio son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. [The plan should include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  |
|  | Cuidados paliativos  <Plan name> pagará por cuidado interdisciplinario al final de la vida por y consultas con el participante y los miembros de su familia. Estos servicios ayudan a prevenir o aliviar el dolor y sufrimiento, y a mejorar la calidad de vida del participante.  Los servicios incluyen lo siguiente:  educación sobre cuidado paliativo para la familia  control del dolor y de los síntomas  servicios de duelo  terapia de masajes  terapias expresivas  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
|  | Desfibrilador (implantable, automático)  <Plan name> pagará por los desfibriladores para ciertas personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, según si la cirugía tiene lugar en un hospital como paciente hospitalizado o ambulatorio. | $0 |
|  | Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte de una parte o función del cuerpo. <Plan name> pagará por los siguientes dispositivos prostéticos y, posiblemente, otros dispositivos 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)  aparatos y dispositivos ortóticos  medias de soporte  calzado ortopédico  Además, <plan name> pagará por algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también cubrirá la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos. | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  El DME incluye los siguientes artículos:  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.  [A plan that does not limit the DME brands and manufacturers that it will cover, insert:Pagaremos por todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario, por el que Medicare y Medicaid usualmente pagan. Si nuestro proveedor no tiene alguna marca o fabricante en particular en su área, usted les puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted.]  [A plan that limits the DME brands and manufacturers that it 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 participante, 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>.  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  Generalmente, <plan name> cubre cualquier equipo médico cubierto en la lista de marcas y fabricantes de Medicare y Medicaid. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su IDT o <plan name> autoricen la solicitud de un médico u otro proveedor para pedir dicha 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 administrador de cuidados o IDT para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su administrador de cuidados o su IDT, usted puede pedir que lo refieran para tener una segunda opinión).  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del IDT o <plan name>, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [the plan may insert reference, as applicable]).] |  |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | 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. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico  Consulte la sección “Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos como paciente ambulatorio” en esta tabla. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio  <Plan name> pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:  tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, electrocardiogramas y radiografías, cuando las solicite un proveedor como parte de un tratamiento por un problema médico  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  servicios de laboratorio clínico y exámenes médicamente necesarios, solicitados por un proveedor para diagnosticar o descartar una supuesta enfermedad o afecciones  sangre, incluido el almacenamiento y la administración  otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, <plan name> pagará por servicios de consejería para ayudarlo a bajar de peso. Usted deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su administrador de cuidados o PCP para obtener más información.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  <Plan name> pagará por 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  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  <Plan name> pagará por 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  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Exámenes para detectar la depresión  <Plan name> pagará por un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y recomendaciones de tratamientos adicionales.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Exámenes para detectar la diabetes  <Plan name> pagará por 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.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  <Plan name> 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.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | 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 de su examen de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones de asesoramiento personales breves cada año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado o un profesional en un establecimiento de cuidado primario.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
|  | Hospitalización parcial  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. La hospitalización parcial es más intensa que el cuidado en el consultorio de un proveedor o terapista y es una alternativa a una hospitalización como paciente hospitalizado.  <Plan name> pagará por la hospitalización parcial como alternativa a la hospitalización como paciente internado o para reducir una estadía hospitalaria dentro de un programa con supervisión médica. Los servicios incluyen lo siguiente:  evaluación y planificación del tratamiento  exámenes de salud y referidos  control de síntomas  terapia de medicamentos  educación sobre los medicamentos  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Hospitalización parcial (continuación)  terapia verbal  administración de casos  determinación de la preparación para la rehabilitación psiquiátrica  referidos e intervención en caso de crisis  [If the plan does not have an in-network community mental health center, it 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.] |  |
|  | [If the plan has no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage, it 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, <plan name> no la pagará.  Sin embargo, en algunos casos, <plan name> pagará por los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un SNF. <Plan name> pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no están incluidos aquí:  servicios de un proveedor  exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio  terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos  apósitos quirúrgicos  férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones  dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que:   * reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), **o** * reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal.   aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del participante.  fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | $0 |
|  | Línea de consejería de enfermería  <Plan name> tiene una línea de consejería de enfermería, que es un servicio telefónico sin costo al que los participantes pueden llamar las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los participantes pueden llamar a la línea de consejería de enfermería para obtener respuestas a preguntas relacionadas con la salud en general y para pedir asistencia para acceder a los servicios a través de <plan name>. | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*A plan that will or expects 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 proveedor, como paciente ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria * insulina suministrada mediante equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) * medicamentos que usa con DME (como nebulizadores) que han sido autorizados por su IDT o <plan name> * 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   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)  medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán cubiertos si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un proveedor certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo  antígenos  ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas  ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [the plan may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)  globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria  [Insert if applicable: El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  El Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio. También explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] ofrece información adicional sobre su cobertura de medicamentos con receta como paciente ambulatorio. |  |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Medición de la masa ósea  <Plan name> pagará ciertos procedimientos para los participantes elegibles (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos.  <Plan name> pagará por los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. <Plan name> también pagará a un médico para que estudie y comente los resultados.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Nutrición (incluye consejería de nutrición y servicios educativos)  <Plan name> pagará por servicios de nutrición proporcionados por un nutricionista calificado. Los servicios incluyen lo siguiente:  evaluación de las necesidades de nutrición y los patrones de alimentación  planificación para proporcionar alimentos y bebidas adecuados para las necesidades físicas y médicas de la persona y sus condiciones ambientales  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
|  | Otros servicios de apoyo que el IDT determine como necesarios  <Plan name> pagará por los servicios de apoyo o artículos adicionales que el IDT del participante determine como necesarios para el participante. Esto es para cubrir artículos o servicios que no están incluidos tradicionalmente en los programas de Medicare o Medicaid, pero que son necesarios y apropiados para el participante. Un ejemplo es el pago por parte de <plan name> de una licuadora para preparar alimentos pisados (purés) para un participante que no puede masticar. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)  El plan pagará por servicios del programa prevención de diabetes de Medicare (MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adoptar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:  cambio de alimentación a largo plazo, **y**  aumento de la actividad física, **y**  maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Programas de educación de salud y bienestar  <Plan name> pagará por servicios de educación sobre la salud y el bienestar para los participantes y sus cuidadores. Estos servicios incluyen lo siguiente:  clases, grupos de apoyo y talleres  materiales y recursos educativos  comunicaciones a través de sitios web, correo electrónico o aplicaciones móviles  Estos servicios se ofrecen sobre temas que incluyen, entre otros, los siguientes: prevención de ataques cardíacos y derrames cerebrales, asma, cómo vivir con enfermedades crónicas, cuidado de la espalda, control del estrés, alimentación saludable y control del peso, higiene oral y osteoporosis.  Este beneficio también incluye recordatorios anuales de cuidados preventivos y recursos para cuidadores.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
|  | Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica (IPRT)  <Plan name> pagará por tiempo limitado la rehabilitación psiquiátrica activa designada para:  ayudar a un participante a lograr objetivos mutuamente acordados en entornos de vida, aprendizaje, trabajo y sociales.  intervenir con tecnologías de rehabilitación psiquiátrica para ayudar a un participante a superar discapacidades funcionales. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  <Plan name> pagará por exámenes para detectar 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. Un PCP u otro profesional de cuidado primario deberán pedir los exámenes. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.  <Plan name> también pagará por hasta dos sesiones intensivas de consejería para el comportamiento en persona una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. <Plan name> pagará por estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son proporcionadas por un PCP. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Pruebas para detectar cáncer colorrectal  <Plan name> pagará por lo siguiente:   * Enema de bario * Está cubierto una vez cada 48 meses a partir de los 45 años para pacientes que no son de alto riesgo, cuando esta prueba se use en lugar de una sigmoidoscopía . * Está cubierto una vez cada 24 meses si usted tiene un riesgo alto de presentar cáncer colorrectal, cuando esta prueba se use en lugar de una colonoscopía. * Colonoscopía * Está cubierta una vez cada 24 meses si usted tiene un riesgo alto de presentar cáncer colorrectal. * Si no tiene riesgo alto de presentar cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba una vez cada 120 meses o 48 meses después de una sigmoidoscopía flexible anterior. * Prueba de ADN en las heces * Está cubierto una vez cada 3 años si tiene entre 45 y 85 años y no es un paciente de alto riesgo. * Pruebas sanguíneas de marcadores tumorales * Están cubiertas una vez cada tres años, si tiene entre 45 y 85 años y no es un paciente de alto riesgo. * Prueba de sangre oculta en heces * Está cubierta una vez cada 12 meses si usted 45 años o más. * Prueba de sangre oculta en heces (o prueba inmunoquímica fecal) * Está cubierta una vez cada 12 meses si usted 50 años o más. * Sigmoidoscopía flexible * Está cubierta una vez cada 48 meses para la mayoría de las personas de 45 años o más y es un paciente de alto riesgo de padecer cáncer colorrectal según los resultados de su última sigmoidoscopía flexible o enema de bario. Si no tiene un riesgo alto, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de una colonoscopia exploratoria anterior.   A partir del 1 de enero de 2023, las pruebas de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía de seguimiento luego de realizarse una prueba no invasiva de materia fecal con resultado positivo, cubierta por Medicare.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Pruebas para detectar cáncer de próstata  Para los hombres mayores de 50 años, <plan name> pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:  un examen de tacto rectal  una prueba de antígeno prostático específico (PSA)  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Pruebas para detectar el cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas para detectar el cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:  tiene entre 50 y 77 años, **y**  tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor especializado, **y**  ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.  Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor especializado.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Pruebas para detectar el VIH  <Plan name> paga 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, <plan name> paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
|  | Quimioterapia  <Plan name> pagará por la quimioterapia para pacientes con cáncer. La quimioterapia está cubierta cuando se proporciona en la unidad para pacientes hospitalizados o ambulatorios de un hospital, el consultorio de un proveedor o una clínica independiente. | $0 |
|  | Servicios de administración de terapia de medicamentos (MTM)  <Plan name> proporciona servicios de administración de terapia de medicamentos (MTM) a los participantes que toman medicamentos por diferentes afecciones médicas. Los programas de MTM ayudan a los participantes y sus proveedores a garantizar que los medicamentos del participante funcionen para mejorar su salud.  El Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] **proporciona información adicional sobre los programas de MTM.** | $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 para otros casos deberán ser aprobados por su IDT o <plan name>.  En los casos que no sean emergencias, su IDT o <plan name> podrían autorizar el uso de 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 dirigidos por el consumidor (CDPAS)  <Plan name> pagará por CDPAS, que ofrece servicios a personas con enfermedades crónicas o discapacitadas físicamente que tienen necesidad médica de ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) o servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden incluir cualquiera de los proporcionados por un asistente de cuidado personal (asistente en el hogar), un auxiliar de salud en el hogar o un enfermero.  Los participantes que elijan CDPAS tienen la flexibilidad y la libertad de elegir a sus cuidadores. El participante o la persona que actúe en nombre del participante es responsable de reclutar, contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, despedir a los cuidadores que provean los servicios de CDPAS. | $0 |
|  | Servicios de cuidado de salud en el hogar  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un proveedor deberá determinar que usted los necesita, y estos deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  <Plan name> pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido aquí:  servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar  fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla  servicios sociales y médicos  equipos y suministros médicos | $0 |
|  | Servicios de cuidado personal  <Plan name> pagará por los servicios de cuidado personal para ayudar a los participantes con actividades relacionadas con higiene personal, vestirse, alimentación y tareas de funciones de apoyo de nutrición y medioambientales (preparación de alimentos y tareas domésticas). Los servicios de cuidado personal deben ser médicamente necesarios, indicados por el médico del participante y proporcionados por una persona calificada, de acuerdo con un plan de cuidado. | $0 |
|  | Servicios de cuidado respiratorio  <Plan name> pagará por terapia respiratoria, que es un servicio designado de forma individual que se proporciona en el hogar. La terapia respiratoria incluye técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y de rehabilitación relacionados con el sistema respiratorio. | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente ambulatorio  <Plan name> 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.  <Plan name> pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se hayan incluido 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”.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente ambulatorio (continuación)   * + Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: [www.medicare.gov/media/11101](https://www.medicare.gov/media/11101).   análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital  cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado  radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital  suministros médicos, como entablillados y yesos  exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos  algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo  **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito un pedido para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted será un paciente ambulatorio. Incluso si usted se queda en el hospital de un día para el otro, seguirá siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, deberá preguntar al personal del hospital. |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en el consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP)  <Plan name> pagará por 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 PCP o un especialista, si su médico lo indica para saber si necesita tratamiento * [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 Participant). Plans may refer Participants 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.]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en el consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP) (continuación)   * [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 participantes que residen en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] * servicios de teleasistencia para visitas mensuales a participantes con enfermedad renal en fase terminal que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar del participante. * servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus. * servicios de teleasistencia para participantes con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso. * servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:   + Usted tiene una visita presencial dentro de los seis meses anteriores a su primera visita de telesalud.   + Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.   + En determinadas circunstancias, se podrán hacer excepciones con respecto a lo anterior. * servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados a nivel Federal.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en el consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP) (continuación)   * visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que: * usted no sea un paciente nuevo **y** * la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y** * la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible. * evaluación de videos o imágenes que usted le envía al médico e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas, siempre que:   + usted no sea un paciente nuevo **y**   + la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y**   + la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible * 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   Los participantes pueden ver a los PCP sin obtener una PA. |  |
|  | [The plan should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  La ley permite que usted elija a cualquier proveedor, dentro o fuera de la red, para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  examen y tratamiento médico de planificación familiar  exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar  métodos de planificación familiar (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad)  suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina, anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo)  asesoramiento y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados  asesoramiento y exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, como parte de una consulta de planificación familiar  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)  aborto  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
|  | Servicios de podiatría  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  cuidados por afecciones médicas que afectan los miembros inferiores, incluyendo diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos del pie en martillo o talones calcáneos)  cuidado de rutina de los pies para los participantes con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes | $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)  <Plan name> pagará los servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los participantes deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con la orden de un proveedor. <Plan name> también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  <Plan name> pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.  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  <Plan name> pagará programas de rehabilitación pulmonar para los participantes que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave. El participante deberá tener una orden aprobada por el IDT o <plan name> para recibir rehabilitación pulmonar del proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. | $0 |
|  | Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS)  <Plan name> pagará por PERS, un dispositivo electrónico que les permite a ciertos participantes con alto riesgo pedir ayuda durante una emergencia. | $0 |
|  | Servicios de suministro de sangre como paciente ambulatorio  El plan pagará la sangre, incluido el almacenamiento y la administración, comenzando desde la primera unidad que necesite. | $0 |
|  | Servicios de telesalud  <Plan name> pagará por los servicios de telesalud para los participantes con afecciones que requieran control frecuente o necesiten servicios médicos, de enfermería especializada o de cuidados agudos frecuentes para reducir la necesidad de consultas en el consultorio.  Los participantes elegibles para este servicio incluyen aquellos con las siguientes afecciones: insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuidados de heridas, polifarmacia, problemas mentales o del comportamiento que limiten el autocontrol y cuidados que dependan de dispositivos tecnológicos, como oxígeno continuo, cuidados con ventilador respiratorio, nutrición parenteral total o alimentación entérica.  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
|  | Servicios de transición  Estos servicios ayudan a un participante que está en una transición de un entorno institucional a un hogar en la comunidad donde residirá. Estos servicios cubren los gastos relacionados con el establecimiento de un hogar, tales como:  pago de la renta del primer y último mes;  depósitos de servicios públicos y alquiler;  compra de artículos esenciales del hogar, como muebles, ropa de cama y artículos de cocina; **y**  garantías de salud y seguridad, como servicios de eliminación de plagas, control de alérgenos o limpieza por única vez antes de la ocupación.  Estos servicios están limitados a un participante que está en transición de un centro de enfermería, una institución para enfermedades mentales (IMD) o un ICF/IID a su casa o a la casa de un familiar donde él/ella vivirá. | $0 |
|  | Servicios de transporte (de emergencia y regulares)  <Plan name> pagará por el transporte de emergencia y regular. El transporte se proporciona para citas y servicios médicos. El transporte también está disponible para eventos y servicios no médicos, como servicios religiosos, actividades comunitarias o supermercados, mediante medios de transporte, que incluyen sin limitación los siguientes:  taxi  autobús  metro  minibús  transporte médico  ambulancia  transporte de ala fija o avión  transporte para discapacitados  servicios de autos de alquiler  otros medios | $0 |
|  | [Plans should modify this row to accurately describe the supplemental benefit offered.]  Servicios dentales  <Plan name> pagará por los siguientes servicios dentales:  exámenes orales, una vez cada seis meses  limpieza, una vez cada seis meses  radiografías dentales, una vez cada seis meses  servicios de diagnóstico  servicios de restauración  endodoncia, periodoncia y extracciones  prótesis dentales y aparatos ortóticos requeridos para aliviar una afección grave, incluyendo una que afecte la capacidad de inserción laboral del participante  otra cirugía oral  emergencias dentales  otros cuidados dentales necesarios  Las radiografías y otros servicios dentales deben tener la autorización de su dentista. Sin embargo, los servicios dentales que se presten a través de las clínicas del Artículo 28 operadas por centros académicos dentales no requieren una PA.  Pagaremos los servicios dentales cuando los mismos sean una parte integral del tratamiento específico para una afección médica primaria del beneficiario. Por ejemplo, la reconstrucción de la mandíbula luego de una fractura o daño de la misma, la extracción de piezas dentales como preparación para un tratamiento de quimioterapia que involucre a la mandíbula, o exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. | $0 |
|  | Servicios en un centro de cirugía ambulatoria  <Plan name> pagará por los procedimientos quirúrgicos cubiertos que se proporcionen en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
|  | **Servicios para pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos**  <Plan name> pagará por servicios de salud mental que requieran una estadía en el hospital, incluyendo más días del límite de 190 días de por vida que ofrece Medicare. | $0 |
|  | Servicios orientados a la recuperación personal (PROS)  <Plan name> pagará por PROS para asistir a las personas en la recuperación de los efectos incapacitantes de una enfermedad mental. Esto incluye la prestación coordinada de un conjunto personalizado de servicios de rehabilitación, tratamiento y apoyo en ambientes tradicionales y fuera de los sitios habituales. | $0 |
|  | Servicios para la audición  <Plan name> paga por las pruebas de audición y de equilibrio, 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.  Los servicios y productos para la audición están cubiertos cuando son médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición.  Los servicios incluyen lo siguiente:  selección, adaptación y provisión de audífonos  revisiones de audífonos después de la provisión  evaluación de conformidad y reparación de audífonos  servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas  evaluaciones y recetas de audífonos  productos de asistencia para la audición, incluyendo audífonos, moldes auriculares, ajustes especiales y piezas de reemplazo, cuando lo autorice un audiólogo | $0 |
|  | Servicios por abuso de sustancias: Programa para abuso de sustancias  <Plan name> pagará por los servicios del programa para abuso de sustancias para proporcionar intervenciones designadas individualmente para reducir o eliminar el consumo de alcohol u otras sustancias por el participante, el que, si no se controla, interferirá en la capacidad de la persona para mantenerse en la comunidad. | $0 |
|  | Servicios por abuso de sustancias: Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias  <Plan name> pagará por los servicios por abuso de sustancias como paciente ambulatorio, incluyendo consultas individuales y de grupo.  Los participantes pueden acceder directamente una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener una PA. | $0 |
|  | Servicios por abuso de sustancias: Servicios de tratamiento por consumo de opiáceos  <Plan name> pagará por los servicios de tratamiento por consumo de opiáceos para ayudar a los participantes a controlar su adicción a los opiáceos, como la heroína. Los programas de tratamiento por consumo de opiáceos consisten en la administración de medicamentos, generalmente metadona bajo receta, junto con una variedad de servicios clínicos.  Estos programas ayudan a los participantes a controlar los problemas físicos asociados con la dependencia a los opiáceos y proporcionan la oportunidad de que, con el tiempo, el participante haga cambios importantes en su estilo de vida. | $0 |
|  | Servicios por abuso de sustancias: Síndrome de abstinencia supervisado médicamente como paciente ambulatorio  <Plan name> pagará por la supervisión médica de los participantes que:  padezcan síndrome de abstinencia leve a moderado  presenten riesgo de padecer síndrome de abstinencia leve a moderado  experimenten complicaciones físicas o psiquiátricas no agudas asociadas con su dependencia química  Los servicios deben prestarse bajo la supervisión y dirección de un médico con licencia. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Servicios preventivos  <Plan name> pagará por todas las pruebas y exámenes preventivos cubiertos por Medicare y Medicaid para prevenir, detectar o controlar un problema médico. Esto incluye, sin limitación, todos los servicios preventivos descritos en esta tabla. Usted encontrará esta manzana El icono de la manzana indica servicios preventivos al lado de los servicios preventivos en esta tabla. | $0 |
|  | Servicios privados de enfermería  <Plan name> pagará por los servicios privados de enfermería cubiertos y por servicios de enfermería especializada continuos o intermitentes. Estos servicios se prestan en el hogar del participante y van más allá de lo que puede proporcionar una agencia certificada de cuidados en el hogar. | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación | $0 |
|  | Servicios sociales médicos  <Plan name> pagará por servicios sociales médicos, incluyendo la evaluación de factores sociales y ambientales relacionados a la enfermedad y las necesidades de cuidado del participante.  Los servicios incluyen lo siguiente:  visitas en el hogar a la persona, a la familia o a ambos  visitas para preparar la transferencia del participante a la comunidad  consejería para el paciente y la familia, incluyendo consejería personal, financiera y otras formas de servicios de consejería | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales, incluyendo servicios por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  servicios educativos sobre las enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los participantes a tomar buenas decisiones sobre su cuidado.   * + Usted debe estar en la etapa IV de la enfermedad renal crónica y su IDT o <plan name> deberán autorizarlos.   + <Plan name> cubrirá hasta seis sesiones por vida de servicios educativos sobre la enfermedad renal.   tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluso cuando usted se encuentre temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable], o cuando su proveedor de estos servicios 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.**  Los servicios de educación sobre enfermedades renales no requieren una PA. | $0 |
|  | Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los participantes 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 participantes 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 |  |
|  | 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 vida; * Formación y educación para participantes que no estén ya 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.*] | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para los participantes con diabetes o con enfermedad renal que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando haya sido [insert as appropriate: referido **or** indicado] por su proveedor.  <Plan name> pagará tres horas de servicios de consejería individual durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional conforme a Medicare. (Esto incluye <plan name>, un 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, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene el pedido de un proveedor y la aprobación de su IDT o <plan name>. Un proveedor deberá recetar estos servicios y renovar el pedido al IDT o <plan name> una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.  Este servicio no requiere una PA. | $0 |
|  | Tratamiento comunitario afirmativo (ACT)  <Plan name> pagará por los servicios de ACT. El ACT es un enfoque de equipo móvil que presta servicios completos y flexibles de tratamiento, rehabilitación, administración de casos y respaldo a las personas en sus entornos naturales de vida. | $0 |
|  | Tratamiento de continuación de día  <Plan name> pagará por el tratamiento de continuación de día. Este servicio ayuda a los participantes a mantener o mejorar los niveles actuales de funcionamiento y destrezas, a mantener la vida comunitaria y a desarrollar autoconsciencia y autoestima.  Los servicios incluyen lo siguiente:  evaluación y planificación del tratamiento  planificación de alta  terapia de medicamentos  educación sobre los medicamentos  administración de casos  exámenes de salud y referidos  desarrollo de la preparación para rehabilitación  determinación de la preparación para rehabilitación psiquiátrica y referidos  control de síntomas | $0 |
|  | Tratamiento de día, Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD)  <Plan name> pagará por el tratamiento de día de la OPWDD. El tratamiento de día es una combinación de servicios de diagnóstico y tratamiento que se ofrecen a las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que necesitan una amplia variedad de servicios de habilitación clínicamente respaldados y estructurados. | $0 |
|  | Tratamiento móvil de salud mental  <Plan name> pagará por el tratamiento móvil de salud mental, que incluye terapia individual proporcionada en el hogar. Este servicio está a disposición de los participantes que tengan alguna afección médica o discapacidad que limite su capacidad para ir a un consultorio para las sesiones regulares de terapia como paciente ambulatorio. | $0 |
|  | Tratamiento observado directamente para la tuberculosis (TB/DOT)  El TB/DOT es la observación directa de la ingestión oral de medicamentos para la tuberculosis, para garantizar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos recetado por el médico. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Vacunas (inmunizaciones)  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  vacuna contra la neumonía  vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias  vacunas contra la hepatitis B, si 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  <Plan name> pagará por otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información.  Estos servicios no requieren una PA. | $0 |
| Manzana roja  El icono de la manzana indica servicios preventivos | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  <Plan name> cubre una única visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. 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 |
|  | Visitas de personal médico en el hogar  <Plan name> cubrirá visitas de personal médico en el hogar para proporcionar diagnosis, tratamiento y control de bienestar. El objetivo de estas visitas en el hogar es preservar la capacidad funcional del participante para que permanezca en la comunidad. El control de bienestar incluye la prevención de enfermedades, educación sobre la salud e identificación de los riesgos de salud que puedan reducirse. | $0 |

# Tabla de servicios de exención con base en el hogar y la comunidad

[The plan should refer to and follow the instructions for Section D, The Covered Items and Services Chart, when a benefit continues from one page to the next in this section.]

| **Servicios de exención con base en el hogar y la comunidad por los que <plan name> paga**  **Algunos servicios pueden tener limitaciones. Comuníquese con su administrador de cuidados para obtener más información.** | | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- | --- |
|  | Agentes de respaldo  Este servicio se proporciona a los participantes que se manejan por sí mismos. El agente de respaldo ofrece asistencia y capacitación en destrezas en el área de cómo entender y administrar las responsabilidades de autodirección, inclusión comunitaria y vida independiente. | $0 |
|  | Bienes y servicios dirigidos individuales (IDGS)  Los IDGS son servicios, equipos o suministros no proporcionados a través de Medicaid. El servicio respalda la independencia del participante. | $0 |
|  | Cuidador domiciliario  El cuidador domiciliario vive en el hogar del participante y proporciona asistencia para abordar las necesidades físicas, sociales y emocionales para que el participante viva con seguridad y con éxito en su propio hogar. El cuidador domiciliario no puede tener ningún parentesco por consanguinidad ni matrimonio con el participante. | $0 |
|  | Dispositivos de adaptación con tecnología de asistencia  Incluye artículos, equipo o sistema de productos modificados o personalizados que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales. | $0 |
|  | Empleo respaldado (SEMP)  Los servicios de empleo respaldado proveen respaldo intensivo continuo para que el participante obtenga y conserve un trabajo en la fuerza laboral general, y para que reciba una compensación equivalente al salario mínimo o superior a este. | $0 |
|  | Habilitación comunitaria  Este servicio está dirigido a la prestación de servicios en entornos comunitarios (sin certificación) para promover la independencia y la integración comunitaria. | $0 |
|  | Habilitación de un día  Este servicio ayuda al participante a alcanzar el nivel máximo de funcionamiento. El servicio se coordina con otra terapia física, ocupacional o del habla. El servicio podría servir para reforzar habilidades, comportamientos o lecciones enseñadas en otros entornos. | $0 |
|  | Habilitación residencial  Este servicio incluye actividades o respaldos destinados a ayudar al participante a buscar o mantener resultados de valor en su vida. | $0 |
|  | Intermediario fiscal (FI)  Este servicio es para los participantes que se manejan por sí mismos. El intermediario fiscal provee apoyo al participante mediante la facturación y el pago de bienes y servicios, y la ayuda administrativa en general. | $0 |
|  | Modificaciones al vehículo  Este servicio incluye cambios físicos al vehículo de un participante, requeridos por el Plan de vida del participante, que son necesarios para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante o que permiten que el participante se maneje con más independencia. | $0 |
|  | Modificaciones medioambientales  <Plan name> pagará por las modificaciones al hogar que sean necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante.  Entre las modificaciones medioambientales se pueden incluir las siguientes:  instalación de rampas y barandas para sostenerse  ampliación de puertas  modificaciones de instalaciones de baño  instalación de sistemas eléctricos o de plomería especializados para adaptarse al equipo médico necesario  cualquier otra modificación necesaria para garantizar la salud, el bienestar o la seguridad del participante. | $0 |
|  | Pathway to Employment (Vía hacia el empleo)  Este servicio ofrece planificación profesional y servicios de apoyo. La asistencia se presta para que el participante obtenga, mantenga o avance en el empleo competitivo o en el trabajo por su cuenta. | $0 |
|  | Relevo  El cuidado de relevo ofrece alivio a los cuidadores que proveen cuidado primario y apoyo no pagos al participante.  El lugar de este servicio es la casa del participante, pero los servicios de relevo también pueden prestarse en otro lugar o en una instalación de la comunidad aceptable para el participante. | $0 |
|  | Servicios de transición a la comunidad (CTS)  Estos servicios ayudan al participante en la transición de vivir en una institución a vivir en la comunidad.  Los servicios de transición a la comunidad incluyen lo siguiente:  el costo de mudar muebles y otras pertenencias  la compra de ciertos artículos esenciales, como ropa de cama y vajilla  depósitos de seguridad, incluyendo los honorarios de agentes necesarios para obtener contratos de renta de un departamento o casa  compra de mobiliario esencial  pagos por contratos iniciales o depósitos para servicios públicos o acceso a servicios (por ejemplo, teléfono, electricidad o calefacción)  garantías de salud y seguridad, como servicios de eliminación de plagas, control de alérgenos o limpieza por única vez antes de la ocupación.  No se pueden usar los servicios de transición a la comunidad para comprar artículos o servicios de distracción o recreativos, como televisores, grabadoras de video, reproductoras de DVD o sistemas de sonido. | $0 |
|  | Servicios intensivos de salud del comportamiento (IBS)  El IBS es un servicio a corto plazo que se centra en desarrollar estrategias de gestión del comportamiento para garantizar la salud y la seguridad, y mejorar la calidad de vida del participante. | $0 |
|  | Servicios prevocacionales  Este servicio ofrece experiencia de aprendizaje y trabajo, incluido el voluntariado. El participante puede desarrollar fortalezas y habilidades generales, sin ser específicas para una tarea, que contribuyan a su empleabilidad en un trabajo remunerado. | $0 |

# Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If your plan offers a visitor/traveler program to Participants 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:

En general, si se encuentra fuera del área de servicio del plan durante más de 6 meses de corrido,pero no se ha mudado en forma permanente, debemos dar por finalizada su inscripción al 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 <plan name> 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 <plan name> para que lo 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 <plan name> hasta el <end date>. Si no ha vuelto al área de servicio de <plan name> el <end date>, se lo retirará de <plan name> plan.]

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid. Su IDT lo ayudará a acceder a estos servicios.

## G1. Servicios en un centro de maternidad independiente

Un centro de maternidad independiente es una institución de salud que no es un hospital, donde se planifican nacimientos fuera de la residencia de la mujer embarazada, que tiene autorización o aprobación del estado para proveer cuidados prenatales, de parto o posparto y otros servicios ambulatorios.

## G2. Servicios de hospicio

Medicare paga directamente los servicios de hospicio que reciben los participantes a través de proveedores de hospicio aprobados por Medicare. El hospicio es un programa coordinado de cuidados en el hogar y como paciente hospitalizado que proporciona servicios médicos no curativos y de respaldo. El participante tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que el participante tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que el participante tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Los programas de hospicio proporcionan cuidado paliativo y de respaldo a los participantes 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.

Los hospicios son organizaciones que deben estar certificadas según el artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de New York y aprobadas por Medicare. Todos los servicios deben prestarlos empleados capacitados y voluntarios del hospicio o personal capacitado a través de arreglos contractuales, en la medida de lo permitido por los requisitos estatales y federales. Todos los servicios deben prestarse de acuerdo con un plan de cuidado por escrito, el cual debe estar incorporado en el Plan de vida personalizado y reflejar las necesidades cambiantes del participante o su familia.

Si un participante en el plan FIDA-IDD recibe servicios de hospicio, este seguirá inscrito y seguirá teniendo acceso al paquete de beneficios del plan FIDA-IDD. Para obtener más información sobre lo que <plan name> paga mientras usted recibe servicios de cuidados en un hospicio, consulte la Tabla de artículos y servicios cubiertos en la Sección D de este capítulo. Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare relacionados con el pronóstico médico terminal del participante son pagados por Medicare Original.

**Por los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare en relación con el pronóstico médico terminal de un participante:**

* El proveedor del hospicio le facturará a Medicare por los servicios del participante. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico médico terminal. Los participantes no pagan nada por estos servicios.

**Por los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con el pronóstico médico terminal de un participante:**

* El proveedor le facturará a Medicare por los servicios del participante. Medicare pagará por los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los participantes no pagarán nada por estos servicios.

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

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

**Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, deberá llamar a su administrador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [The plan should include a phone number or other contact information.]

# Beneficios que no están cubiertos por <plan Name>, Medicare ni Medicaid

Esta sección le informa los beneficios que están excluidos de <plan name>. “Excluidos” significa que <plan name> no paga por estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por <plan name> bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos de <plan name> solo en algunos casos.

<Plan name> no pagará por los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en otras partes de este *Manual del participante*), excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará esos servicios. Si cree que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, usted puede mandar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de artículos y servicios cubiertos, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por <plan name>:**

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

* Servicios no considerados como “médicamente necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por <plan name>. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
* 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, <plan name> pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para darle la misma forma.
* Cuidado quiropráctico distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la poca 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 compartido del VA sea mayor que el costo compartido bajo <plan name>, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los participantes seguirán siendo responsables de los montos correspondientes al costo compartido.