Capítulo 4: Tabla de beneficios

**Introducción**

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

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

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

**Tabla de contenidos**

[A. Sus servicios cubiertos 2](#_Toc138079823)

[A1. Durante emergencias de salud pública 2](#_Toc138079824)

[B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 2](#_Toc138079825)

[C. Tablas de beneficios de nuestro plan 2](#_Toc138079826)

[D. Tablas de beneficios 6](#_Toc138079827)

[E. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 50](#_Toc138079828)

[F. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 50](#_Toc138079829)

[F1. Cuidados en hospicio 50](#_Toc138079830)

[F2. Servicios de la agencia del estado 51](#_Toc138079831)

[G. Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o MassHealth 51](#_Toc138079832)

# Sus servicios cubiertos

Este capítulo le dice qué servicios cubre <plan name>. También podrá informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 y la información sobre cuánto paga por medicamentos está en el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable]. [Insert if applicable: En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.]

Con <plan name>, usted no paga nada por los servicios cubiertos enumerados en este capítulo, siempre y cuando siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan. Esta Lista de servicios cubiertos es solo para su información general. Llame a <plan name> para obtener la información más actualizada. Las reglas de MassHealth son uno de los factores que controlan los servicios y beneficios disponibles para usted. Para acceder a las reglas de MassHealth:

* vaya al sitio web de MassHealth en [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth); **o**
* llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, TTY: 711 (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si usted necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidado de salud. [Plans should replace the term “Care Coordinator” as needed throughout this chapter with the term they use and include a phone number or other contact information.]

## A1. Durante emergencias de salud pública

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

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

No les permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus servicios cubiertos. Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos. Si esto ocurre, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

# Tablas de beneficios de nuestro plan

En las Tablas de beneficios de la Sección D se indica qué servicios están cubiertos por el plan. Las tablas nombran y explican los servicios cubiertos. [Plans that include an index at the end of the chapter should insert: Para encontrar un servicio en la tabla, también puede usar el índice que se encuentra al final del capítulo.]

**Pagaremos por los servicios indicados en las Tablas de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas.** Usted no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.

* Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth.
* Los servicios (que incluyen atención médica, cuidado de salud del comportamiento, Servicios y respaldos a largo plazo, otros servicios, suministros y equipo) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios de manera razonable para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica y que no hay otro servicio similar y menos costoso adecuado para usted.
* 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, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
* [Plans that do not require referrals, omit this paragraph:] En la mayoría de los casos, su [insert as appropriate: PCP **or** coordinador de cuidado de salud **or** otra persona] debe darle una aprobación antes de que usted pueda acudir a una persona que no sea su PCP o de utilizar a otros proveedores. Es lo que se conoce como un referido. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] tiene más información sobre cómo obtener un referido y explica cuándo no es necesario que lo obtenga.
* [Insert if applicable: Algunos servicios enumerados en las Tablas de beneficios están cubiertos solamente si su equipo para el cuidado de salud, médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en las Tablas de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota de pie de página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva].] [Insert if applicable: Además, usted debe obtener PA para los siguientes servicios que no están enumerados en las Tablas de beneficios: [insert list].]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)” in section B-19 of the Plan Benefit Package submission: **Información importante sobre beneficios para miembros con determinadas afecciones crónicas.** Si usted tiene alguna de las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales [*insert if applicable:* o costo compartido reducido]:
  + [*List all applicable chronic conditions here.*]
  + [*If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.*]

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

* Algunos de los servicios de las Tablas de beneficios están cubiertos solo si usted y su equipo para el cuidado de salud deciden que son adecuados para usted y están en su Plan de cuidado individualizado (ICP).

[Instructions on completing the Benefits Charts:

* For all preventive-care and screening-test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Include the following where appropriate: Usted debe hablar con su <coordinador de cuidado de salud, proveedor de cuidado primario u otra persona adecuada> y obtener un referido.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and MassHealth requirements.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans should select only one method of indication, describe it in terms easily understandable by members, make the indication and description prominently visible, and use it consistently throughout the document.)
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Benefits Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart.
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion then the plan should not reference the exclusion list.
* Plans with no cost sharing for any type of service (i.e., no cost sharing at all) should delete the “what you must pay” column from every table. Plans with any type of cost sharing for services, including for pharmacy services, must leave the “what you must pay” column in all of the tables in this chapter.
* *Plans offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:*
* *Deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.*
* *Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.*]

# Tablas de beneficios

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

| **Servicios generales cubiertos por nuestro plan** | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- |
| Acupuntura para el dolor lumbar crónico  El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:  hace 12 semanas o más que tiene el dolor;  no es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas);  no está asociado a ninguna operación, **y**  no está asociado al embarazo.  El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra mejoría. No puede obtener más de 20 tratamientos de acupuntura al año.  Los tratamientos de acupuntura se interrumpirán si usted no nota mejoría o si empeora.  [*List any additional benefits offered.*] | $0 |
| Agencia de cuidados de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  El plan cubre los servicios proporcionados por una agencia de cuidado de salud en el hogar, incluyendo:   * servicios a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana, con ciertas excepciones) * fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * servicios sociales y médicos * transporte para recibir cuidado o servicios * equipos y suministros médicos | $0 |
| [*If this benefit is not applicable, plans should delete this row.*]  Ayuda con ciertas afecciones crónicas  [Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),” which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. If offering SSBCI, plans must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | $0 |
| Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):   * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * un monitor de glucosa en sangre * tiras de prueba para la glucosa en sangre * dispositivos para lancetas y lancetas * preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para las personas con diabetes que tengan enfermedad de pie diabético grave, el plan cubre lo siguiente: * zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas), **o** * zapatos profundos (incluyendo plantillas desprendibles que no son a medida)   El plan también cubrirá la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.   * En algunos casos, el plan cubre la capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Cirugía como paciente ambulatorio  El plan cubre la cirugía como paciente ambulatorio y los servicios en centros para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria. | $0 |
| Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  El plan cubre orientación para dejar el tabaco, como un servicio preventivo.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Consulta de bienestar  El plan cubre controles de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención. | $0 |
| Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)  El plan cubre consultas con su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidado primario para ayudar a reducir su 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 de que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Cuidado colectivo temporario para adultos  El plan cubre los servicios de proveedores de cuidado colectivo temporario de adultos para los miembros que sean elegibles. Estos servicios se ofrecen en un entorno residencial grupal y pueden incluir lo siguiente:   * asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal * supervisión * supervisión de enfermería * administración de casos | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidado de la vista  El plan pagará lo siguiente:   * exámenes integrales de la vista * entrenamiento de la vista * anteojos * lentes de contacto y otro tipo de ayudas visuales   El plan cubrirá servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.  El plan cubre exámenes para detectar el glaucoma para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma.  [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] El plan cubre anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, cuando el médico inserta un lente intraocular.  [Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses.] | $0 |
| Cuidado de salud del comportamiento como paciente hospitalizado  Servicios como paciente hospitalizado, como:   * servicios de salud mental como paciente hospitalizado para evaluar y tratar una enfermedad psiquiátrica aguda * servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente hospitalizado * camas de observación/retención * servicios de día administrativamente necesarios   En este plan, no hay límite de por vida con respecto a la cantidad de días que un miembro puede estar en una institución de cuidado de la salud del comportamiento como paciente hospitalizado. | $0 |
| Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF)  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]  El plan cubre servicios como:   * habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario * comidas, incluyendo dietas especiales * servicios de enfermería * fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidado, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea * sangre, incluyendo almacenamiento y administración [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan pagará la sangre entera y los glóbulos rojos empacados. * El plan pagará todos los demás componentes de la sangre, comenzando por la primera unidad que se utilice.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)   * suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería * exámenes de laboratorio proporcionados por centros de enfermería * radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por centros de enfermería * dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por centros de enfermería * servicios de un médico o proveedor   Generalmente, 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 nuestro plan.  un hogar para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando esta ofrezca servicios de enfermería)  un centro de enfermería donde viva su cónyuge o su pareja de hecho al momento de abandonar el hospital |  |
| Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:   * una situación que no es de emergencia (no incluye servicios de cuidado primario de rutina) * una enfermedad inesperada * una lesión * una enfermedad que requiere 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 si necesita atención médica inmediata debido a una afección no diagnosticada pero que no presupone una emergencia médica). [Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is offered as a supplemental benefit outside of the U.S. and its territories.] | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Cuidados en centros de enfermería | $0 |
| Cuidados en hospicio  Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * cuidados de respiro a corto plazo * cuidados de salud en el hogar   Si usted decide recibir su cuidado de hospicio en un centro de enfermería, <plan name> cubrirá el costo de habitación y alimentos.  **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.   **Este beneficio continúa en la página siguiente**  **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. | $0 |
| Cuidados en hospicio (continuación)  **Para los medicamentos que pudieran estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.   **Nota:** Si usted necesita cuidado de hospicio o que no sea de hospicio, debería llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir estos servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  |
| Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado  [List any restrictions that apply.]  El plan cubre las estadías como paciente hospitalizado médicamente necesarias. Usted deberá obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté bajo control.  **Este beneficio continúa en la página siguiente**  El plan cubre servicios como:   * 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 | $0 |
| Cuidados en un hospital como paciente hospitalizado (continuación)   * medicamentos * análisis de laboratorio * radiografías y otros servicios de radiología * suministros médicos y quirúrgicos * aparatos, como sillas de ruedas * servicios de sala de operaciones y de recuperación * fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente hospitalizado * sangre, incluyendo almacenamiento y administración [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan cubre sangre entera, glóbulos rojos empacados y todos los otros componentes de la sangre. * servicios médicos * trasplantes, incluyendo los de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinales o multiviscerales. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.] [Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
| Cuidados médicos de emergencia  “Cuidado de emergencia” significa servicios que son:   * ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** * necesarios para tratar una emergencia médica.   Una “emergencia médica” es una afección médica que cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría determinar que es lo suficientemente grave como para causar lo siguiente, si no se recibe atención médica de inmediato:   * riesgos graves para su salud o la del feto; **o** * daños graves a las funciones corporales; **o** * disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** * en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: * no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes del parto; **o** * el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   [Also identify that the plan covers emergency care within the U.S. and its territories.]  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado después de que su emergencia se estabilice [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits:(e.g., you must return to a network hospital for your care to continue to be paid for. You can stay in the out-of-network hospital for your inpatient care only if the plan approves your stay).] | $0 |
| [Plans should modify this benefit as needed based on Medicare coverage guidelines.]  Cuidados para la autodeterminación del género  La disforia de género describe la insatisfacción de una persona con el sexo biológico o el género asignado al nacer.  El plan cubre el tratamiento para la disforia de género, incluyendo los servicios de reasignación de sexo. Los servicios de cuidados para la autodeterminación del género incluyen lo siguiente: terapia hormonal, mastectomía, aumento de senos, histerectomía, salpingectomía, ovarectomía o cirugía reconstructiva genital. | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan cubre servicios como:   * bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * marcapasos * aparatos ortopédicos * zapatos prostéticos * brazos y piernas artificiales * prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)   Además, el plan cubre algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. También cubre la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Consulte los detalles en “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección [plans may insert reference, as applicable].  [Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] El plan no cubrirá prótesis dentales. | $0 |
| Enfermería independiente  El plan cubre el cuidado de un enfermero en su hogar. El enfermero puede trabajar para una agencia de cuidado de salud en el hogar o puede ser un enfermero independiente. | $0 |
| Equipo de oxígeno y terapia respiratoria  El plan cubre servicios como sistemas de oxígeno, suministros y alquiler de equipos para terapia de oxígeno. | $0 |
| Equipo médico duradero (DME), incluyendo suministros, repuestos, capacitación, modificaciones y reparaciones  (Para leer una definición de “Equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] así como el Capítulo 3, Sección M de este manual).  Los siguientes artículos son ejemplos de DME cubiertos:   * sillas de ruedas * muletas * sistemas de camas eléctricas * suministros para diabéticos * camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar * bombas para infusión intravenosa (i.v.) * dispositivos de generación de voz * equipos y suministros de oxígeno * nebulizadores * andadores   Otros artículos de DME pueden estar cubiertos, incluyendo ayudas ambientales o tecnología de asistencia o adaptación. El plan también puede cubrir la enseñanza para usar, modificar o reparar su artículo de DME. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si esos otros artículos de DME y servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado (ICP).  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Equipo médico duradero (DME), incluyendo suministros, repuestos, capacitación, modificaciones y reparaciones (continuación)  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert:Cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario que Medicare y MassHealth generalmente pagan para usted. 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.]  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.): Junto con este Manual del miembro, 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>.  En general, <plan name> cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare y MassHealth de las marcas y los fabricantes presentes en esta lista. Nosotros no cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita esa marca. Pero si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, usted puede pedirle que lo refiera para pedir una segunda opinión).  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).] |  |
| Examen de aneurisma aórtico abdominal  El plan cubre una sola ecografía de detección para las personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio  El plan cubre servicios como:   * radiografías * terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo los materiales y suministros que usan los técnicos * suministros quirúrgicos, como vendajes * férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * análisis de laboratorio * [Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] sangre. El plan pagará el almacenamiento y la administración * otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  El plan cubre asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Usted deberá obtener el asesoramiento en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidado primario para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes exploratorios para detectar cáncer de próstata  El plan pagará los siguientes servicios, una vez cada 12 meses, para hombres de 50 años en adelante:   * un examen de tacto rectal   una prueba de antígeno prostático específico (PSA)  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para controlar la diabetes  El plan cubre exámenes de detección de la diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayuno).  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para detectar cáncer colorrectal  El plan pagará los siguientes servicios:  La colonoscopía no tiene límite de edad y la cobertura es de una cada 120 meses (10 años) para pacientes de bajo riesgo, o 48 meses luego de una sigmoidoscopía flexible para pacientes que no son de alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y uno cada 24 meses para pacientes de alto riesgo, luego de una colonoscopía o enema de bario.  Sigmoidoscopía flexbible para pacientes de 45 años en adelante. Una cada 120 meses para pacientes que no son de alto riesgo y que ya se han realizado una colonoscopía. Una cada 48 meses para pacientes de alto riesgo, contanto a partir de la última sigmoidoscopía flexible o enema de bario.  Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses, para pacientes mayores de 45 años.  Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en el ADN cada 3 años, para pacientes de 45 a 85 años de bajo riesgo.  Pruebas sanguíneas de marcadores tumorales para pacientes de 45 a 85 años que no son de alto riesgo. Una cada 3 años.  Enema de bario como alternativa a la colonoscopía para pacientes de alto riesgo, 24 meses posteriores al último examen de enerma de bario o colonoscopía.  Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopía flexible para pacientes de bajo riesgo a partir de los 45 años. Uno al menos a los 48 meses posteriores al último examen de enema de bario o sigmoidoscopía flexible.  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. [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para detectar cáncer de mama (mamografías)  El plan cubre mamografías y exámenes de mamas.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para detectar el cáncer de cuello de útero y de vagina  El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para detectar la depresión  El plan cubre exámenes de detección de la depresión. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento complementario y referidos.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan cubre análisis de sangre una vez para detectar enfermedades cardiovasculares. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Exámenes y consejería para el abuso de alcohol  El plan cubre exámenes por el consumo excesivo de alcohol.  Si el resultado de su examen de consumo excesivo de alcohol es positivo, el plan cubre sesiones de orientación con un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidado primario calificado o un profesional en un lugar de cuidados primarios.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta  El plan cubre los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. El plan cubre servicios como:   * servicios de un médico * exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio * terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * apósitos quirúrgicos * férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), **o** * reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. * aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | $0 |
| Medicamentos como paciente ambulatorio  Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por los medicamentos. | $0 |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare  [*Plans that will or expect to use Part B step therapy should indicate the Part B drug categories below that will or may be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]  Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. <Plan name> cubrirá los siguientes medicamentos:   * medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria * insulina suministrada mediante equipamiento médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) * medicamentos que usa con un DME (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan * factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia   **Este beneficio continúa en la página siguiente**   * medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante del órgano * medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted se tiene que quedar en su casa, tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo * antígenos * ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas | $0 |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare (continuación)   * ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   [Insert if applicable: The following link will take you to a list of Part B drugs that may be subject to step therapy: <hyperlink>.]  También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.  El Capítulo 5[plans may insert reference, as applicable] **explica el beneficio de medicamentos de receta como paciente ambulatorio.** También explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas.  [*Plans must insert if applicable:* **El** Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] **explica su parte del costo por los medicamentos que usted recibe como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.**] |  |
| Medición de la masa ósea  El plan paga ciertos procedimientos para aquellos miembros que cumplen con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir osteoporosis).  Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. El plan también cubrirá un médico para que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| 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 |
| Programa de servicios de transición de vida  El plan cubre los servicios de un proveedor de servicios de transición de vida a los miembros elegibles. Estos servicios se proporcionan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente:   * servicios de un asistente para cuidado personal * supervisión de enfermería en el lugar las 24 horas * alimentos * capacitadores de habilidades * asistencia con actividades prácticas de la vida diaria (p. ej.: lavandería, compras, limpieza) | $0 |
| [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Programas de educación de salud y bienestar  [These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.] | $0 |
| Prueba de detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan cubre exámenes para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un [insert as appropriate: médico or proveedor] de cuidado primario debe ordenar las pruebas.  El plan también cubre sesiones personales de asesoría de alta intensidad sobre conducta. El plan cubre estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo, solamente si son proporcionadas por un [insert as appropriate: médico or proveedor] de cuidado primario. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [Also list any additional benefits offered.] | $0 |
| 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 |
| Pruebas para detectar el VIH  El plan cubre exámenes exploratorios de VIH y pruebas exploratorias de VIH.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de aborto | $0 |
| Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda cuidar de usted. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia en otras situaciones deber ser aprobados por el plan.  En los casos que no sean emergencias, el plan podrá pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. | $0 |
| Servicios de audiólogo  El plan cubre exámenes y evaluaciones de un audiólogo (especialista de oído). | $0 |
| Servicios de auxiliar de salud en el hogar  El plan cubre los servicios de un auxiliar de salud en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado u otro profesional, para los miembros que sean elegibles. Los servicios incluyen lo siguiente:   * cambios de vendajes sencillos * asistencia con medicamentos * actividades para apoyar terapias especializadas * cuidados de rutina de dispositivos ortopédicos y prostéticos | $0 |
| Servicios de cuidado temporario para adultos  El plan cubre los servicios de proveedores de cuidado temporario de adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal * supervisión * supervisión de enfermería | $0 |
| Servicios de habilitación de día  El plan cubre un programa de servicios que ofrecen los proveedores de habilitación de día si usted es elegible porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted elabora un plan de servicio que incluye sus metas y objetivos, y las actividades para alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:  servicios de enfermería y supervisión del cuidado de salud  capacitación en habilidades del desarrollo  servicios de terapia  habilidades para la vida/capacitación en la vida diaria para adultos | $0 |
| Servicios de hospital como paciente ambulatorio  El plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.  El plan cubre servicios como:   * servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación * Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”. * Algunas veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. * Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: [www.medicare.gov/media/11101](https://www.medicare.gov/media/11101) * análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ese cuidado * radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * suministros médicos, como entablillados y yesos * exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios  El plan cubre los siguientes servicios:   * servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarias en lugares como: * consultorios * centro de cirugía ambulatoria certificado * departamentos de pacientes ambulatorios en un hospital * consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su [insert as applicable: [insert as appropriate: médico or proveedor] de cuidado primario or especialista], si su médico lo ordena para averiguar si usted 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 aquellos para [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member). Plans may refer members to their medical coverage policy here].] * Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. [Plans may modify as necessary if benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.] * [List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (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 miembros que residen en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] * servicios de teleasistencia para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal que reciben diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico (CAH), en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar * servicios de teleasistencia para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un ictus * servicios de teleasistencia para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o que presentan un trastorno de la salud mental asociado a dicho abuso * servicios de 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 * visitas de control virtuales (por teléfono o videochat, por ejemplo) con su médico de 5-10 minutos de duración siempre que:   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * usted no sea un paciente nuevo **y** * la visita de control no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y** * la visita de control no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible. * evaluación del video y/o las imágenes enviadas a su doctor, así como su interpretación y seguimiento por parte de su doctor en las 24 horas siguientes, siempre que: * usted no sea un paciente nuevo **y** * la evaluación no guarde relación con una visita en el consultorio efectuada en los 7 días anteriores **y** * la evaluación no derive en una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o el primer día en que haya cita disponible.   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   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
| Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas a consultorios (continuación)   * Cuidado dental que no sea rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: * cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas * reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales * extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, **o** * servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico   [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios de médicos, enfermeros de práctica avanzada y enfermeros parteros  El plan cubre los servicios de médicos, enfermeros de práctica avanzada y enfermeros parteros. Esto incluye, por ejemplo:   * consultas de cuidado primario y especialistas * ginecología, obstetricia y cuidado prenatal * capacitación en control personal de la diabetes * terapia de nutrición médica * servicios para dejar el tabaco | $0 |
| [Plans should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  Usted puede elegir cualquier proveedor, dentro o fuera de la red, de <plan’s name> o un proveedor de MassHealth para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa que usted puede elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.  El plan cubre 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, anillo, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) * suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o barrera uterina) * orientación y diagnóstico sobre infertilidad   **Este beneficio continúa en la página siguiente**   * orientación y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) * esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días) |  |
| Servicios de planificación familiar (continuación)   * asesoramiento sobre genética   El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá consultar a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada) * tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * pruebas genéticas | $0 |
| Servicios de podiatría  El plan cubre los siguientes servicios:   * diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) * cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de programa de tratamiento con opiáceos (OTP)  El plan pagará los siguientes servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos (OUD):  exámenes y evaluaciones iniciales  evaluaciones periódicas   * medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, gestionar y darle estos medicamentos * asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias * terapia individual y grupal * pruebas de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)   [List any additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
| Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y orientación. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con [insert as appropriate: un referido **or** una orden] de un médico.  El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca estándar. | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio  El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del 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  El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener [insert as appropriate: un referido or una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Servicios de salud de día para adultos  El plan cubre servicios de proveedores de salud de día para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * servicios de enfermería y de supervisión de salud * terapia * asistencia con actividades de la vida diaria * servicios de nutrición y dieta * servicios de orientación * actividades * administración de casos * transporte | $0 |
| [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de salud del comportamiento como paciente ambulatorio  El plan cubre los servicios de salud del comportamiento proporcionados por los siguientes proveedores:   * un psiquiatra o médico con licencia del estado, * un psicólogo clínico, * un trabajador social clínico, * un especialista en enfermería clínica, * un acompañante profesional certificado (LPC), * un terapeuta de pareja y familia certificado (LMFT), * un enfermero de práctica avanzada (NP), * un asistente médico (PA), **o** * cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del estado.   El plan cubre servicios como:   * tratamiento individual, de grupo y de pareja o familia * visita para la administración de medicamentos * evaluación de diagnóstico * consulta familiar * consulta de caso * consulta psiquiátrica en una unidad médica de pacientes hospitalizados * visita puente de paciente hospitalizado-paciente ambulatorio * tratamiento de acupuntura * terapia de reemplazo de opioides * desintoxicación ambulatoria (nivel II.d) * pruebas psicológicas   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
| Servicios de salud del comportamiento como paciente ambulatorio (continuación)  [If applicable, insert: Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.]  [List the available means of electronic exchange used for each Outpatient substance use disorder service offered as an additional telehealth benefit (e.g., secure messaging, store and forward technologies, telephone, videoconferencing, other internet-enabled technologies) along with any access restrictions that may apply.]  [Plans should include any limitations that apply for these services, (e.g., number of visits)] [List any additional benefits offered.] |  |
| Servicios de un asistente para cuidado personal  Este beneficio continúa en la página siguiente  El plan cubre servicios de un asistente para cuidado personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria y actividades prácticas de la vida diaria si usted es elegible. Esto incluye, por ejemplo:   * bañarse * preparación y consumo de alimentos * vestirse y arreglarse * administración de medicamentos * desplazamiento de un lugar a otro * aseo personal * transferencias * lavandería * servicios de limpieza del hogar | $0 |
| Servicios de un asistente para cuidado personal (continuación)  Estos servicios incluyen Servicios de Asistencia Personal, tales como los recordatorios y el monitoreo.  Usted mismo puede contratar un trabajador o usar una agencia para que contrate uno por usted.  Un trabajador puede ayudarlo con las tareas manuales. El plan también puede pagar un trabajador para que lo ayude, incluso si usted no necesita ayuda manual. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y estará en su Plan de cuidado individualizado (ICP). |  |
| Servicios de un centro de salud comunitario  El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Estos son algunos ejemplos:   * consultas a un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidado primario y especialistas * ginecología, obstetricia y cuidado prenatal * servicios pediátricos, incluyendo el programa de Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) * educación de salud * servicios sociales médicos * servicios de nutrición, incluyendo capacitación en control personal de la diabetes y terapia de nutrición médica * servicios para dejar el tabaco * vacunas que no están cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) | $0 |
| Servicios dentales  El plan cubre cuidado de salud dental preventivo, de restauración y de emergencia.  Pagaremos los servicios de odontología cuando estos 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 esta, la extraccción 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 ortopédicos  El plan cubre férulas y otros dispositivos mecánicos o moldeados (no odontológicos) para apoyar o corregir la forma o función del cuerpo humano. | $0 |
| Servicios para el trastorno por abuso de sustancias como paciente ambulatorio  [Describe the plan’s benefits for outpatient substance use disorder services other than those included in the table below of diversionary behavioral health services.]  [If applicable, insert: Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.]  [List the available means of electronic exchange used for each Outpatient substance use disorder service offered as an additional telehealth benefit (e.g., secure messaging, store and forward technologies, telephone, videoconferencing, other internet-enabled technologies) along with any access restrictions that may apply.] | $0 |
| Servicios para la audición, incluyendo audífonos  El plan cubre pruebas de audición y de equilibro realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando se la manda un médico, un audiólogo u otro proveedor especializado.  El plan también cubre lo siguiente:   * suministro de audífonos, baterías y accesorios * enseñanza para el uso, cuidado y manejo de audífonos * moldes del canal auditivo * impresiones del canal auditivo * préstamo de audífonos, cuando sea necesario   [List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.] | $0 |
| Servicios quiroprácticos  El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir alineación, consultas y servicios de radiología.  [List any restrictions, such as the maximum number of visits.] | $0 |
| Servicios y suministros para tratar enfermedades renales (de riñón)  El plan cubre los siguientes servicios:   * servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. * Usted debe estar en la etapa IV de una insuficiencia renal crónica y su médico deberá aprobarlo. * El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluidos tratamientos de diálisis 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 servicios de diálisis 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   Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. **Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” más arriba**. | $0 |
| Terapia de ejercicios supervisada (SET)  El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática [*insert if applicable:* que tengan un referido por PAD de un médico responsable por el tratamiento de PAD]. El plan pagará:  hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET  36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario  El programa SET debe ser:  sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en miembros con calambres en las piernas por un flujo sanguíneo deficiente (claudicación)  en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico  proporcionado por personal especializado que se asegure de que el beneficio excede el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD  bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/enfermero clínico especializado capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas | $0 |
| Terapia de infusión en el hogar  El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea (bajo la piel) en su domicilio. Para poder administrar la terapia de infusión en el hogar se necesitan los siguientes elementos:   * el medicamento o la sustancia biológica como, por ejemplo, un antiviral o una inmunoglobulina; * equipos como, por ejemplo, una bomba de infusión; **y** * accesorios como, por ejemplo, tubos o un catéter.   El plan cubrirá, entre otros, los siguientes servicios de infusión en el hogar:   * servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, que se prestarán de conformidad con su plan de cuidados; * formación y educación del miembro todavía no incluidas en el beneficio de Equipo Médico Duradero (DME); * telemonitoreo; **y** * servicios de monitoreo de la administración de la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar por parte de un proveedor calificado de servicios de terapia de infusión en el hogar.   [List any additional benefits offered.] | [*List copays*.]  [*List copays for additional benefits*.] |
| Terapia de nutrición médica  El plan cubre terapia de nutrición diagnóstica y servicios de asesoría para ayudarlo a controlar una enfermedad (como una enfermedad renal).  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia  El plan cubre el transporte que necesite por motivos médicos que no sean emergencias. | $0 |
| Vacunas (inmunizaciones)  El plan cubre ciertas vacunas, como:   * vacunas contra la neumonía * vacunas contra la gripe * 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 * otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de MassHealth o la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  El plan cubrirá una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:   * un examen de su salud, * educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), **y** * referidos para otro tipo de cuidado, si lo necesita.   **Nota:** Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. | $0 |

Nuestro plan también cubre servicios con base en la comunidad para promover el bienestar, la recuperación, el control personal de enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarlo a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado (ICP).

| **Servicios de cuidado de salud del comportamiento basados en la comunidad (de desvío) cubiertos por nuestro plan** | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- |
| Estos servicios incluyen lo siguiente:   * Servicios de monitoreo médico intensivo: servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos de consumo de sustancias * servicios residenciales de rehabilitación administrada clínicamente específica a la población y de alta intensidad\* (consulte la Nota más abajo) * Servicios de estabilización clínica para trastornos de consumo de sustancias * Estabilización de crisis en la comunidad * Programa de apoyo comunitario (CSP), incluyendo CSP para personas sin hogar, CSP para casos que involucran a la justicia, y CSP para el Programa de Preservación de Tenencia\* * Programa de servicios de emergencia (ESP)   [If applicable, insert: Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.]  [List the available means of electronic exchange used for each Outpatient substance use disorder service offered as an additional telehealth benefit (e.g., secure messaging, store and forward technologies, telephone, videoconferencing, other internet-enabled technologies) along with any access restrictions that may apply.]   * servicios residenciales optimizados de rehabilitación de dos pacientes,para trastornos de consumo de sustancias   **Este servicio continúa en la página siguiente** | $0 |

\* **Nota:** Estos servicios pueden no estar disponibles al comienzo del año del plan durante su plan One Care. Si tiene alguna pregunta, contacte a su plan One Care.

| **Servicios de cuidado de salud del comportamiento basados en la comunidad (de desvío) cubiertos por nuestro plan** | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- |
| **(continuación)**   * Programa intensivo de paciente ambulatorio (IOP) * Hospitalización parcial (PHP)   La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota**: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios.]   * Programa de tratamiento comunitario afirmativo (PACT) * tratamiento psiquiátrico de día * entrenamiento de recuperación * navegadores de apoyo de recuperación * servicios de rehabilitación residencial * Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP) * Programa mejorado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (E-SOAP) * Servicios de apoyo transicional (TSS) para trastornos por consumo de sustancias   **Nota:** Es posible que los serviciosTTS no estén disponibles al comienzo del año del plan durante su plan One Care. Si tiene alguna pregunta, contacte a su plan One Care |  |

Nuestro plan también cubre servicios con base en la comunidad para promover el bienestar, la recuperación, el control personal de enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarlo a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su Plan de cuidado individualizado (ICP).

| **Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan** | **Lo que usted debe pagar** |
| --- | --- |
| Administración de medicamentos  Si usted es elegible, el plan cubre los servicios de administración de medicamentos proporcionados por un trabajador de apoyo. El trabajador de apoyo lo ayudará a tomar sus medicamentos de receta y sus medicamentos de venta sin receta médica. El servicio puede incluir lo siguiente:   * recordarle que debe tomar su medicamento * revisar el paquete de medicamentos * observar que tome sus medicamentos * anotar cuándo debe tomar sus medicamentos * abrir los medicamentos y leerle las etiquetas | $0 |
| Apoyo, orientación, asistencia de pares  El plan cubre servicios de capacitación, instrucción y enseñanza, si usted es elegible. Estos servicios lo ayudarán a hablar por usted mismo y a participar en su comunidad. Puede obtener estos servicios de una persona en una situación parecida (pares) o en grupos pequeños. | $0 |
| Asistencia en transiciones de cuidado  El plan paga los servicios para ayudar a los miembros elegibles con las transiciones entre los entornos de cuidado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * coordinación de información entre sus proveedores * seguimiento después de su estadía como paciente hospitalizado o en una institución * educación sobre su enfermedad * referidos | $0 |
| Cuidados de relevo  El plan cubre servicios de cuidado de relevo si la persona que lo cuida necesita un descanso o no va a estar disponible por un tiempo corto. Estos servicios pueden proporcionarse como una emergencia o pueden programarse por adelantado. Si se programan por adelantado, los servicios podrían ser en su casa o durante una estancia a corto plazo en un centro de cuidado temporario para adultos, un centro de salud de día para adultos, un centro de enfermería, un centro de asistencia de vida, un hogar de descanso u hospital. | $0 |
| Modificaciones en el hogar  El plan cubre modificaciones en el hogar, si es elegible. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad o permitirle mayor independencia en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:   * rampas * barandas * ampliación de puertas * sistemas especiales para equipo médico   [*Plans may list exclusions or limitations that may apply.*] | $0 |
| Servicios de cuidado en el hogar  El plan cubre los servicios de atención domiciliaria proporcionados en el hogar o en la comunidad, si es elegible. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:   * un trabajador que lo ayuda con las tareas del hogar * un trabajador que lo ayuda con sus tareas diarias y cuidado personal. La asistencia puede incluir la ayuda manual, las indicaciones la supervisión de estas tareas. * capacitación o actividades para mejorar sus habilidades para vivir en comunidad y ayudarlo a defenderse usted mismo | $0 |
| Servicios de día  El plan cubre actividades de día estructuradas en un programa, para ayudarlo a adquirir las habilidades que necesita para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las habilidades están diseñadas para satisfacer sus necesidades, y pueden incluir lo siguiente:   * habilidades de la vida diaria * capacitación de comunicación * habilidades prevocacionales * habilidades de socialización | $0 |
| Trabajadores de salud comunitarios  El plan cubre los servicios de trabajadores de salud comunitarios, que pueden incluir lo siguiente:   * educación de salud en su hogar o en la comunidad * cómo obtener los servicios que necesita * orientación, respaldo y exámenes   Los servicios de un trabajador de salud comunitario implican que usted recibirá ayuda de una persona que lo defenderá y que entiende su cultura, sus necesidades y sus preferencias. | $0 |
| Transporte no médico  El plan cubre el transporte a servicios comunitarios y actividades que lo ayuden a mantenerse independiente y activo en su comunidad. | $0 |

# Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to getting the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR §422.74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months), also explain that here based on the language suggested below:

Si usted se encuentra fuera del área de servicio de su plan durante más de seis meses de corrido pero no se ha mudado en forma permanente, en general deberíamos cancelar su suscripción a nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero [specify areas where the visitor/traveler program is being offered] que le permitirá permanecer afiliado a nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio por hasta 12 meses. Con nuestro programa de visitante/viajero, usted podrá recibir todos los servicios cubiertos por el plan, a precios de costo compartido dentro de la red. Usted puede comunicarse con el plan para que le ayuden a encontrar un proveedor, cuando use el beneficio de visitante/viajero.

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

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare, MassHealth o una agencia del estado.

## F1. Cuidados en hospicio

Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

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

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

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

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

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

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

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

**Nota:** Si usted necesita cuidado de hospicio o que no sea de hospicio, debería llamar a su coordinador de cuidado de salud para pedir los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use and include a phone number or other contact information.]

## F2. Servicios de la agencia del estado

**Rehabilitación psicosocial y administración de casos dirigida**

Si usted recibe rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Mental o administración de casos dirigida de Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios del Desarrollo, la agencia estatal seguirá proporcionándole los servicios de forma directa. No obstante, <plan name> lo ayudará a coordinar los servicios de estos proveedores, como parte de su Plan de cuidado individualizado (ICP) total.

**Habitación y alimentos en un hogar de descanso**

Si usted vive en un hogar de reposo y se une a One Care, el Departamento de Asistencia de Transición seguirá siendo responsable de sus gastos de habitación y alimentos.

# Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o MassHealth

Esta sección le mostrará los beneficios que están excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y MassHealth tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ningún caso y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos detallados en esta sección (y en otras partes de este *Manual del miembro*) excepto según las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará esos servicios. Si cree que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, usted puede mandar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

Además de todas las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan.**

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

* Servicios que no son médicamente necesarios según las normas de Medicare y MassHealth.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están aceptados por la comunidad médica.
* [Plans should delete this if the State allows for this:] Los honorarios cobrados por sus parientes inmediatos o miembros de su hogar, excepto en lo que se permita para asistencia para cuidado personal o cuidado temporario para adultos.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte malformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* [Plans should delete this if supplemental:] Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para los problemas de visión.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos no prescritos.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).