

Este es su Resumen de Beneficios.

2020

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001
Condado de Fresno, CA



H3561_001_20_13223SB_14977_SPN_M_Accepted 09012019

*Coverage for
every stage of life™*

Este cuadernillo le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros servicios, llámenos al número que aparece en la última página, y solicite la “Evidencia de cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la EOC en nuestro sitio web en ca.healthnetadvantage.com.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de Medicare Parte B, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos, o encontrarse legalmente en los Estados Unidos y residir de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tener residencia permanente en los condados incluidos en el área de servicio de Health Net Seniority Plus Amber II Premier [HMO D-SNP]. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de California: Fresno.
- Usted no debe tener una enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Es probable que se apliquen excepciones para las personas que desarrollen una ESRD mientras estén inscritas en un plan de salud grupal o comercial de Health Net, o en un plan de Medicaid).
- Para obtener Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de California. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad para Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba. El estado de California paga su prima mensual de la Parte B para los inscritos con doble elegibilidad total. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.

El plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un directorio de proveedores y farmacias actual, o para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite ca.healthnetadvantage.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando usted se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que su plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si recibe atención médica de un proveedor que no esté en el plan, ni Medicare ni Health Net Seniority Plus Amber II Premier [HMO D-SNP] serán responsables de los costos).

Este plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) también incluye la cobertura de la Parte D, que le proporciona la facilidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica coordinadas a través de una única fuente conveniente.

Resumen de Beneficios

1 DE ENERO DE 2020–31 DE DICIEMBRE DE 2020

| Beneficios | Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas/Copagos/Coseguros |
|--|---|
| Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad para Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba. | |
| Prima Mensual del Plan | Usted paga \$0 - \$32 según su nivel de elegibilidad para Medicaid (Debe seguir pagando su prima mensual de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero). |
| Deducible | <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos • Deducible de \$395 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5) • Deducible de \$1,364 para hospitalizaciones |
| Responsabilidad de Monto de Desembolso Máximo <i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i> | \$3,500 anualmente Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para los servicios médicos por todo el año. |
| Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados* ▣ | En 2019, los montos para cada período de beneficios fueron los siguientes: \$0 o <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,364 para servicios hospitalarios por cada período de beneficios • Copago de \$0 por día para los días 1 a 60 • Copago de \$341 por día para los días 61 a 90 • Copago de \$682 por día por día de reserva de por vida (puede variar en 2020) |
| Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios* ▣ | Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios (incluye centro quirúrgico ambulatorio y servicios de observación): Coseguro del 0% o 20% por visita |
| Visitas al Médico* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: Copago de \$0 por visita • Especialista: Copago de \$0 por visita |
| Atención Preventiva* ▣ <i>(por ejemplo, vacuna contra la gripe, prueba de detección de diabetes)</i> | Copago de \$0 para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare Otros servicios preventivos están disponibles. |
| Atención de Emergencia | Coseguro del 0% o 20% (hasta \$90) por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato. |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

| Beneficios | Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas/Copagos/Coseguros |
|--|---|
| Servicios Requeridos de Urgencia | Coseguro del 0% o 20% (hasta \$65) por visita |
| Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Estudios por Imágenes* | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio: Copago de \$0 • Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Coseguro del 0% o 20% • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: Coseguro del 0% o 20% • Servicios de radiología de diagnóstico, como resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía computarizada (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET): Coseguro del 0% o 20% |
| Servicios de Audición* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): Coseguro del 0% o 20% • Examen auditivo de rutina: Copago de \$0 (1 por año calendario) • Audífonos: Copago de \$0 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario) |
| Servicios Dentales* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Coseguro del 0% o 20% por visita • Servicios dentales preventivos: Copago de \$0 (incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y rayos X) • Servicios dentales integrales: Se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales. |
| Servicios de la Vista* ▣ | <ul style="list-style-type: none"> • Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Coseguro del 0% o 20% por visita • Examen de la vista de rutina: Copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario) • Asignación máxima de \$500 para marcos de anteojos (o lentes de contacto en vez de marcos) cada 2 años. • Asignación máxima de \$120 para lentes de anteojos o mejoras para lentes de anteojos cada 2 años (las mejoras están limitadas a los lentes de anteojos progresivos únicamente). |
| Servicios de Salud Mental* | Terapia individual y grupal: Coseguro del 0% o 20% por visita |
| Servicios en un Centro de Enfermería Especializada* | <p>En 2019, los montos para cada período de beneficios fueron los siguientes: \$0 o,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$170.50 por día para los días 21 a 100 (puede variar en 2020) |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

| Beneficios | Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas/Copagos/Coseguros |
|--|--|
| Fisioterapia* ▣ | Coseguro del 0% o 20% por visita |
| Servicio de Ambulancia* | Coseguro del 0% al 20% (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea |
| Transporte* ▣ | Copago de \$0 por viaje de ida o de vuelta Hasta 40 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan cada año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas. |
| Medicamentos de Medicare Parte B* | <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 0% o 20% ● Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 0% o 20% |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

| | | |
|--|--|--|
| Etapa del Deducible | <p>Deducible de \$395 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5)</p> <p>La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento que requiere receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible del plan.</p> <p>Una vez que haya pagado el monto del deducible del plan para sus medicamentos de la Parte D, abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura inicial). Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos que requieren receta médica, el monto de su deducible será de \$0 u \$89 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> | |
| Etapa de Cobertura Inicial <i>(después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)</i> | <p>Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha alcance \$4,020. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de medicamentos” alcancen los \$4,020, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p> | |
| | Farmacia minorista estándar (suministro para 30 días) | Farmacia de pedido por correo (suministro para 90 días) |
| Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 2: Medicamentos Genéricos | Copago de \$20 | Copago de \$60 |
| Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos | Copago de \$47 | Copago de \$141 |
| Nivel 4: Medicamentos No Preferidos | Copago de \$100 | Copago de \$300 |
| Nivel 5: Medicamentos Especializados | Coseguro del 25% | No disponible |
| Nivel 6: Medicamentos Selectos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

| | |
|--|--|
| Etapa de Brecha de Cobertura | <p>Durante esta etapa de pago, usted recibe un descuento del fabricante del 70% en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 5%, por lo que usted pagará el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho en medicamentos de marca. Además, el plan pagará el 75% y usted pagará el 25% por los medicamentos genéricos. (El monto pagado por el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p> <p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance \$6,350. Los “costos de desembolso” incluyen lo que paga al surtir o resurtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos realizados por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Adicional” de Medicare, Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,350, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> <p>Si no reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, esta etapa no corresponde. Si no es elegible para recibir “Ayuda Adicional”, llame al plan o consulte el Capítulo 6 de la EOC para obtener información sobre el costo compartido de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.</p> |
| Etapa de Cobertura Catastrófica | <p>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento que requiere receta médica, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual al 5% del coseguro del medicamento o un copago (\$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, \$8.95 por todos los demás medicamentos).</p> |
| Información Importante: | <p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que usted reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar, de pedidos por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, la infusión en el hogar o el costo compartido adicional específico por farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra EOC en línea.</p> <p>El subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS) es una ayuda adicional que usted recibe de Medicare. Para saber si califica, visite Medicare.gov o llame a Servicios para Afiliados al 1-800-431-9007 (TTY: 711).</p> |

| Beneficios Adicionales Cubiertos | |
|---|---|
| Beneficios | Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas/Copagos/Coseguros |
| Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos* | <ul style="list-style-type: none"> • Entorno individual: Coseguro del 0% o 20% por visita • Entorno grupal: Coseguro del 0% o 20% por visita |
| Atención Quiropráctica* ▣ | Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Coseguro del 0% o 20% por visita |
| Equipos/Suministros Médicos** | <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Coseguro del 0% o 20% • Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Coseguro del 0% o 20% • Suministros para la diabetes: Coseguro del 0% o 20% |
| Cuidado de los Pies[▣] <i>(Servicios de podiatría)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): Coseguro del 0% o 20% por visita • Cuidado de los pies de rutina: Copago de \$0 por visita (12 visitas por año calendario) |
| Programas de Bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: Copago de \$0 • Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: Copago de \$0 • Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): Copago de \$0 <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p> |
| Atención Internacional de Emergencia | Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios complementarios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario. |

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Los servicios marcados con un ▣ (cuadrado) pueden requerir una remisión de su médico.

Declaración Escrita Integral para Posibles Personas Inscritas

Nuestro plan Medicare Advantage cubre los beneficios que se describen en la sección Primas Mensuales y Beneficios del Resumen de Beneficios. Para cada beneficio que se detalla puede ver qué cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de Beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad para Medicaid, Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Primas Mensuales y Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al número gratuito del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés)/Medi-Cal al 1-800-541-5555 (TTY: 1-866-784-2595).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <http://www.medi-cal.ca.gov/contact.asp>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de California, visite <http://www.medi-cal.ca.gov/contact.asp> o llame a Servicios para Afiliados para recibir ayuda. Se puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de California en el Resumen de Beneficios de California en línea en <http://www.medi-cal.ca.gov/contact.asp>.

Beneficios y Servicios Cubiertos de Medi-Cal

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|---|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios de acupuntura | Otros servicios profesionales y servicios de acupuntura | Los servicios de acupuntura deben limitarse al tratamiento realizado para prevenir, modificar o aliviar la percepción del dolor grave, crónico y persistente derivado de una afección médica generalmente reconocida. | X ¹ |
| Días administrativos para cuidados agudos | Servicios en centros de atención intermedia | Los días administrativos para cuidados agudos están cubiertos, cuando son autorizados por un asesor de Medi-Cal, sujetos a que el centro de cuidados agudos para pacientes internados haya realizado la planificación del alta adecuada y oportunamente, se haya utilizado toda otra cobertura y el centro de cuidados agudos para pacientes internados cumpla con los requisitos estipulados en el Manual de Criterios para la Autorización de Medi-Cal. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|--|---|-----|------------|----------------|----------|----------|------------|
| | | | | | | | | |
| Sangre y derivados de la sangre | Sangre y derivados de la sangre | Un centro que obtiene, almacena y distribuye sangre y derivados de la sangre humana. Cubre la certificación de sangre solicitada por un médico o centro donde se realiza la transfusión. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios para Niños de California (por sus siglas en inglés, CCS) | El servicio no está cubierto por el plan del estado. | Los Servicios para Niños de California (CCS) incluyen aquellos servicios autorizados por el programa de CCS para el diagnóstico y tratamiento de afecciones elegibles para CCS de un afiliado específico. | | | X ⁶ | | | |
| Profesional de enfermería familiar certificado | Servicios de profesionales de enfermería familiar certificados | Un profesional de enfermería familiar certificado que proporciona servicios dentro del alcance de su profesión. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de profesionales de enfermería pediátrica certificados | Servicios de profesionales de enfermería pediátrica certificados | Cubre la atención de madres y recién nacidos durante el ciclo de maternidad que abarca el embarazo, parto, nacimiento y período de posparto inmediato, sin superar las seis semanas; también puede incluir servicios de atención primaria. | X | X | X | X | X | X |
| Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidad (CHDP) | | Un programa preventivo que incluye evaluaciones periódicas de salud y proporciona coordinación de la atención para asistir con la programación de citas médicas, transporte y acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento. | X | X | X ⁴ | X | X | X |
| Administración de casos de envenenamiento por plomo en niños (proporcionada por los Departamentos de Salud de cada condado local) | | En un caso de envenenamiento por plomo en niños (para los fines de iniciar la administración de casos) en un niño desde el nacimiento hasta los 21 años con un nivel de plomo en sangre venosa (por sus siglas en inglés, BLL) igual o superior a 20 µg/dl, o dos BLL iguales o superiores a 15 µg/dl que deben tener un espaciamiento de, como mínimo, 30 días calendario y, como máximo, 600 días calendario; no es necesario que la primera muestra sea de sangre venosa, pero la segunda sí debe serlo. | | | | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios quiroprácticos | Servicios quiroprácticos | Los servicios proporcionados por quiroprácticos, que se encuentren dentro del alcance de su práctica según lo autorizado por la ley de California, están cubiertos, siempre que dichos servicios se limiten al tratamiento de la columna vertebral por medio de la manipulación. | X ¹ |
| Hemodiálisis crónica | Hemodiálisis crónica | Procedimiento utilizado para tratar la insuficiencia renal, cubierto solo como un servicio para pacientes ambulatorios. Se extrae la sangre del cuerpo a través de una vena y se la hace circular por una máquina que filtra los productos residuales y los líquidos excedentes de la sangre. La sangre "limpia" vuelve a introducirse en el cuerpo. "Crónico" significa que este procedimiento se realiza regularmente. Se requiere autorización previa cuando se brindan en un centro de diálisis renal o una unidad de hemodiálisis comunitaria. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios comunitarios para adultos (por sus siglas en inglés, CBAS) | | <p>Servicios combinados de CBAS: programa de servicios en un centro para pacientes ambulatorios que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares/cuidadores, comidas y transporte para los beneficiarios elegibles de Medi-Cal.</p> <p>Servicios no combinados de CBAS: partes fundamentales de los servicios centrados en los CBAS proporcionados fuera de los centros, bajo determinadas condiciones, según lo especificado en el párrafo 94.</p> | X | X | X | X | X | X |
| Servicios perinatales integrales | Servicios ampliados para mujeres embarazadas - Servicios relacionados con el embarazo y el posparto | Los servicios perinatales integrales incluyen servicios psicosociales, de obstetricia, nutrición y educación sobre la salud, y una coordinación de casos relacionada proporcionada por un médico, o con su supervisión personal, durante el embarazo y los 60 días posteriores al parto. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|---|-----|------------|------|----------|----------|------------|
| Servicios dentales | | Servicios profesionales brindados o proporcionados por dentistas, incluidos el diagnóstico y tratamiento de dientes mal posicionados, enfermedades o defectos del proceso alveolar, encías, mandíbula y estructuras relacionadas; el uso de medicamentos, anestésicos y evaluación física; consultas; llamadas al hogar, el consultorio y la institución. | | | | | | |
| Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias de DrugMedi-Cal | Servicios para el tratamiento por abuso de sustancias | Tratamiento por abuso de sustancias médicamente necesario para beneficiarios elegibles. | | | | | | |
| Equipo médico duradero | DME | Dispositivos y suministros médicos de asistencia. Cubiertos con una receta médica; se requiere autorización previa. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT) y servicios complementarios a los EPSDT | EPSDT | Evaluación preliminar para poder identificar posibles problemas de salud. | X | X | X | X | X | X |
| Administración de casos mejorada (por sus siglas en inglés, ECM), según lo definido en el párrafo 95 | | Servicio que incluye aquellos servicios de “administración de casos complejos” y “planificación centrada en la persona”, que incluye la coordinación de las necesidades individuales de los beneficiarios para los servicios y apoyos de atención a largo plazo necesarios. | X | X | X | X | X | X |
| Medicamentos para la disfunción eréctil | | Medicamentos aprobados por la FDA que pueden recetarse si un paciente masculino tiene una incapacidad o dificultad para lograr o mantener una erección como consecuencia de un problema físico. | | | | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|---|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Prueba de alfafetoproteína ampliada (administrada por la División de Enfermedades Genéticas del DHCS) | | Análisis simple de sangre recomendado para todas las mujeres embarazadas con el fin de detectar si el feto tiene determinadas anomalías genéticas, como defectos del tubo neural abierto, síndrome de Down, anomalías cromosómicas y defectos en la pared abdominal del feto. | | | | | | |
| Anteojos, lentes de contacto, dispositivos para la vista disminuida, prótesis oculares y otros dispositivos para la vista | Anteojos, lentes de contacto, dispositivos para la vista disminuida, prótesis oculares y otros dispositivos para la vista | Los dispositivos para la vista están cubiertos mediante la receta escrita de un médico u optometrista. | X ^{1,3} |
| Centros de salud con calificación federal (por sus siglas en inglés, FQHC) (Solo servicios cubiertos por Medi-Cal) | FQHC | Entidad definida en la Sección 1905 de la Ley del Seguro Social (Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1396d(l)(2)(B)). | X | X | X | X | X | X |
| Audífonos | Audífonos | Los audífonos están cubiertos solo cuando los proporciona un proveedor de audífonos con receta de un otorrinolaringólogo, o el médico tratante cuando no hay un otorrinolaringólogo disponible en la comunidad, más una evaluación audiológica, que incluya una evaluación para audífonos que debe ser realizada por el médico anteriormente mencionado, o bajo su supervisión, o por un audiólogo autorizado. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|--|---|-----|------------|------|----------|----------|------------|
| | | | | | | | | |
| Servicios de exención comunitarios y en el hogar (no incluyen servicios de EPSDT) | | Los servicios de exención comunitarios y en el hogar deben proporcionarse y reembolsarse como beneficios cubiertos por Medi-Cal únicamente: (1) durante el transcurso de la exención con aprobación federal correspondiente; (2) en la medida en que los servicios estén estipulados en la exención correspondiente aprobada por el HHS, y (3) en la medida en que el Departamento pueda reclamar y recibir un reembolso de fondos federales por estos servicios. | | | | | | |
| Servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar | Servicios para el cuidado de la salud en el hogar - Agencia de cuidado de la salud en el hogar | Los servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar están cubiertos según se especifica abajo cuando los indica un médico y se proporcionan en el hogar del beneficiario conforme a un plan de tratamiento escrito que el médico revisa cada 60 días. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar | Servicios para el cuidado de la salud en el hogar - Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar | Cubre servicios de enfermería especializada u otros servicios profesionales en la residencia, incluidos servicios de tiempo parcial e intermitentes de enfermería especializada, servicios de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y servicios audiológicos, y servicios médicos sociales proporcionados por un trabajador social. | X | X | X | X | X | X |
| Cuidado de enfermos terminales | Cuidado de enfermos terminales | Cubre servicios limitados a personas que tienen un certificado de enfermedad terminal conforme al Título 42 del CFR, Sección 418, Subsección B, y que, directamente o a través de un representante, se ofrecen voluntariamente para recibir dichos beneficios en lugar de otra atención según lo especificado. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|--|-----|------------|----------------|----------|----------|------------|
| Servicios del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital y servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios | Servicios clínicos y servicios del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital y servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios | Acuerdo administrativo programado que les permite a los pacientes ambulatorios recibir la atención de un proveedor de atención de salud. Brinda la oportunidad de consultar, investigar y brindar tratamiento menor. | X | X | X | X | X | X |
| Medicamentos para el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA | | Medicamentos para el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA que se incluyen en el Manual para proveedores de Medi-Cal | | | X ^Z | | | |
| Histerectomía | Servicios hospitalarios para pacientes internados | Excepto para mujeres esterilizadas previamente, se puede cubrir una histerectomía que no sea de emergencia solo si: (1) la persona que otorga la autorización para realizar la histerectomía le ha informado a la persona y sus representantes, si hubiera, de manera verbal y por escrito, que la histerectomía dejará estéril de forma permanente a la persona; (2) la persona y su representante, si hubiera, han firmado un acuse de recibo de la información por escrito, y (3) se le ha informado a la persona sobre sus derechos a realizar una consulta con otro médico. Una histerectomía de emergencia puede estar cubierta solo si el médico certifica en el formulario de reclamo o un documento adjunto que se realizó debido a una situación de emergencia de riesgo vital en la cual el médico determinó que no fue posible obtener un acuse de recibo previo y se incluye una descripción de la naturaleza de la emergencia. | | | X | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|---|---|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios de Salud Indígena (solo servicios cubiertos por Medi-Cal) | | Por "indígena" nos referimos a cualquier persona elegible conforme a la ley y las reglamentaciones federales (Título 25 del U.S.C., Secciones 1603c, 1679b y 1680c) y estos servicios cubren los servicios de salud proporcionados directamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Indígena o un programa de salud indígena tribal o urbano financiado por el Servicio de Salud Indígena para brindar servicios de salud a personas elegibles de manera directa o por contrato. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de exención de atención médica a domicilio y servicios de exención en un centro de enfermería | | Los servicios de exención de atención médica a domicilio y los servicios de exención en un centro de enfermería están cubiertos cuando los indica un médico y se proporcionan en el lugar de residencia del beneficiario, conforme a un plan de tratamiento escrito que indique la necesidad de servicios de exención de atención médica a domicilio o servicios de exención en un centro de enfermería, y de conformidad con un acuerdo escrito entre el Departamento y el proveedor del servicio. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios hospitalarios para pacientes internados | Servicios hospitalarios para pacientes internados | Cubre los servicios de parto y hospitalización para recién nacidos, servicios de emergencia sin autorización previa y cualquier hospitalización considerada médicamente necesaria con autorización previa. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios en centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo | Servicios en centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo | Los servicios en centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo están cubiertos sujetos a autorización previa del Departamento. Las autorizaciones pueden otorgarse por hasta seis meses. El centro debe iniciar la solicitud de autorización. El médico tratante debe firmar la solicitud de autorización y certificar al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|--|--|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios en centros de atención intermedia para la habilitación de personas con discapacidades del desarrollo | Servicios en centros de atención intermedia para la habilitación de personas con discapacidades del desarrollo | <p>Los servicios en centros de atención intermedia para la habilitación de personas con discapacidades del desarrollo (por sus siglas en inglés, ICF-DDH) están cubiertos sujetos a autorización previa del Departamento de Servicios de Salud para el nivel de atención de ICF-DDH. Las autorizaciones pueden otorgarse por hasta seis meses. El centro debe usar los formularios designados por el Departamento para iniciar las solicitudes de autorización previa para la admisión en un ICF-DDH o para la continuación de los servicios. El personal del centro regional debe completar la documentación de certificación requerida por el Departamento de Servicios de Desarrollo y enviarla con el formulario de solicitud de autorización para tratamiento. El médico tratante debe firmar el formulario de solicitud de autorización para tratamiento y certificar al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención.</p> | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|---|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios en centros de atención intermedia para la atención de enfermería de personas con discapacidades del desarrollo | | Los servicios en centros de atención intermedia para la atención de enfermería de personas con discapacidades del desarrollo (por sus siglas en inglés, ICF/DD-N) están cubiertos sujetos a autorización previa del Departamento para el nivel de atención de ICF/DD-N. Las autorizaciones pueden otorgarse por hasta seis meses. El centro debe usar los formularios de certificación para servicios del programa de tratamiento especial (HS 231) para iniciar las solicitudes de autorización previa para la admisión en un ICF/DD-N o para la continuación de los servicios. El personal del centro regional debe completar la documentación de certificación requerida por el Departamento de Servicios de Desarrollo y enviarla con el formulario de solicitud de autorización para tratamiento. El médico tratante debe firmar el formulario de solicitud de autorización para tratamiento y certificar al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Servicios de atención intermedia | Servicios en centros de atención intermedia | Los servicios de atención intermedia están cubiertos solo después de obtener la autorización previa del asesor designado de Medi-Cal del distrito donde se encuentra el centro. El centro debe iniciar la solicitud de autorización. El médico tratante debe firmar la solicitud de autorización y certificar al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Servicios de laboratorio, radiología y radioisotopía | Servicios de laboratorio, rayos X y laboratorio, radiología y radioisotopía | Cubre los exámenes, análisis y servicios terapéuticos indicados por un profesional autorizado. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|-----------------------------------|--|--|-----|------------|------|----------|----------|------------|
| Servicios de parteras autorizadas | Servicios de otros profesionales y servicios de parteras autorizadas | Los siguientes servicios estarán cubiertos como servicios de parteras autorizadas conforme al programa Medi-Cal cuando los proporcione una partera autorizada supervisada por un médico y cirujano autorizados: (1) asistencia en casos de parto normal, y (2) prestación de atención prenatal, durante el parto y posparto, que incluye atención para la planificación familiar para la madre y atención inmediata para el recién nacido. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|--|---|-----|------------|------|----------|----------|------------|
| Servicios de una agencia educativa local (por sus siglas en inglés, LEA) | Servicios del Programa de Opciones de Facturación de Medi-Cal para agencias educativas locales | Evaluación de la salud y la salud mental, y servicios de educación sobre la salud y la salud mental de LEA, que incluyen cualquiera de las siguientes opciones: (A) evaluación de nutrición y educación sobre nutrición, que consiste en evaluaciones y educación sobre nutrición fuera del contexto tradicional de enseñanza brindadas al beneficiario elegible para LEA según los resultados de la evaluación de salud nutricional (dieta, alimentación, valores de laboratorio y crecimiento); (B) evaluación de la vista, que consiste en un examen de la agudeza visual en el punto alejado realizado con el test de Snellen; (C) evaluación auditiva, que consiste en una evaluación de la disfunción auditiva usando un criterio de riesgo y técnicas de detección adecuadas según lo definido en el Título 17 del Código de Reglamentos de California, Sección 2951(c); (D) evaluación del desarrollo, que consiste en un examen del nivel de desarrollo mediante la revisión del alcance del desarrollo en comparación con estándares esperados para la edad y el contexto; (E) evaluación de la condición psicosocial, que consiste en la apreciación del autoconcepto y del funcionamiento cognitivo, emocional, social y conductual a través de pruebas, entrevistas y evaluaciones conductuales, y (F) educación sobre la salud y pautas preventivas adecuadas a la edad y al estado de salud, que consiste en educación sobre la salud y pautas preventivas fuera del contexto tradicional de enseñanza basadas en la edad y educación sobre la salud según el nivel de desarrollo. | | | | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|--|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Atención a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTC) | | Atención en un centro durante un período superior al mes de admisión más un mes. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Suministros médicos | Suministros médicos | Suministros médicamente necesarios cuando los indica un profesional autorizado. No incluyen cremas ni lavados para la incontinencia. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de transporte médico | Servicios de transporte/ transporte médico | Se cubren los servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta para personas discapacitadas y sillas de ruedas cuando la condición médica y física del beneficiario es tal que el traslado por medio de transporte público o privado está contraindicado médicamente, pero es requerido para obtener atención médica necesaria. | X | X | X | X | X | X |
| Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, MSSP) | | Los centros del MSSP proporcionan administración de la atención médica y social para personas débiles de edad avanzada con certificación para una colocación en un centro de atención de enfermería, pero que desean permanecer en la comunidad. | | | | | | |
| Servicios de enfermeros anestesistas | Servicios de otros profesionales y servicios de enfermeros anestesistas | Cubre los servicios de anestesiología realizados por un enfermero anestesista dentro del alcance de su certificación. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de enfermeras parteras | Servicios de enfermeras parteras | Enfermera registrada de formación avanzada que tiene capacitación y conocimientos especializados tanto en enfermería como en partería, está capacitada en obstetricia, trabaja con la supervisión de un obstetra y proporciona atención para madres y recién nacidos durante el ciclo de maternidad que abarca el embarazo, parto, nacimiento y período de posparto inmediato, sin superar las seis semanas. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios de optometría | Servicios de optometristas | Cubre exámenes de la vista y medicamentos que requieren receta médica para lentes correctivos. No se cubre ningún otro servicio. | X | X | X | X | X | X |
| Salud mental para pacientes ambulatorios | Salud mental para pacientes ambulatorios | <p>Servicios proporcionados por profesionales de la salud autorizados que se desempeñan dentro del alcance de su certificación con adultos y niños diagnosticados con una afección mental, según lo definido por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (por sus siglas en inglés, DSM), que ocasiona un sufrimiento o una disfunción de leves a moderados del funcionamiento mental, emocional o conductual. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y evaluación individual y grupal de salud mental (psicoterapia). • Evaluaciones psicológicas cuando se indica clínicamente evaluar una afección de salud mental. • Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de controlar la terapia con medicamentos. • Análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. • Detección e intervención breve (por sus siglas en inglés, SBI). • Consulta psiquiátrica para control de medicamentos. | X ² |
| Servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios | Servicios clínicos y servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios | Los servicios de exención de atención médica a domicilio y los servicios de exención en un centro de enfermería están cubiertos cuando los indica un médico y se proporcionan en el lugar de residencia del beneficiario, conforme a un plan de tratamiento escrito que indique la necesidad de servicios de exención de atención médica a domicilio o servicios de exención en un centro de enfermería, y de conformidad con un acuerdo escrito entre el Departamento y el proveedor del servicio. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|---|--|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios | Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios | Puede cubrir una cantidad de medicamentos y tratamientos, que permiten la funcionalidad diaria de una persona que elige no ingresar como paciente internado. Los servicios de desintoxicación de heroína opcionales de rutina están cubiertos, sujetos a autorización previa, solo como servicio para pacientes ambulatorios. Los servicios para pacientes ambulatorios se limitan a un período máximo de 21 días. Los servicios hospitalarios para pacientes internados se limitarán a pacientes con complicaciones médicas graves de adicción o a pacientes con problemas médicos asociados que requieren tratamiento para pacientes internados. | | | | | | |
| Medicamentos de la Parte D | | Beneficios de medicamentos para beneficiarios con doble elegibilidad que reciben los beneficios totales y son elegibles para los beneficios de medicamentos conforme a la Parte D del Título XVIII de la Ley del Seguro Social. | | | | | | |
| Servicios pediátricos de cuidados subagudos | Servicios en un centro de enfermería (por sus siglas en inglés, NF) y servicios pediátricos de cuidados subagudos | Los servicios pediátricos de cuidados subagudos son un tipo de servicio en un centro de enfermería especializada que se proporcionan en una unidad de cuidados subagudos. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Servicios de cuidado personal | Servicios de cuidado personal | Cubre servicios que pueden proporcionarse solo a un beneficiario que categóricamente los necesite y que tenga una afección crónica e incapacitante que ocasione una disfunción funcional que se espera que dure, al menos, 12 meses consecutivos u que ocasione la muerte dentro de los 12 meses, y que no pueda permanecer de manera segura en su hogar sin los servicios. | | | | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | |
| Servicios de farmacia y medicamentos recetados | Servicios de farmacia y medicamentos recetados | Cubre medicamentos, incluidos los medicamentos que requieren receta médica y que no requieren receta médica, y nutrición parental total suministrada por un médico autorizado. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios médicos | Servicios médicos | Cubre atención primaria, servicios para pacientes ambulatorios y servicios prestados durante una hospitalización o una estadía en un centro de atención de enfermería para servicios médicamente necesarios. Puede cubrir servicios de salud mental limitados cuando los proporciona un médico, y determinados tratamientos para alergias. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de podiatría | Servicios de otros profesionales y servicios de podiatras | Las visitas al consultorio están cubiertas si son médicamente necesarias. Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios están sujetos a autorización previa y se limitan a servicios médicos y quirúrgicos necesarios para tratar trastornos de los pies, tobillos o tendones que se insertan en el pie, que son un efecto secundario o una complicación de enfermedades crónicas, o que afectan gravemente la capacidad de caminar. Los servicios brindados en una emergencia no requieren autorización previa. | X ¹ |
| Dispositivos protésicos y ortóticos | Dispositivos protésicos y ortóticos | Todos los dispositivos protésicos y ortóticos necesarios para la restauración de la función o el reemplazo de partes del cuerpo según lo haya indicado un médico, podólogo o dentista autorizado, dentro del alcance de su certificación, están cubiertos cuando los proporciona un profesional especialista en dispositivos protésicos, en dispositivos ortóticos o un profesional autorizado, respectivamente. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | |
| Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiología | Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiología | Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiología están cubiertos cuando los proporcionan personas que cumplen con los requisitos apropiados. | X ¹ |
| Medicamentos psicoterapéuticos | Los servicios no están cubiertos por el plan del estado. | Medicamentos psicoterapéuticos que se incluyen en el Manual para proveedores de Medi-Cal | | | X ⁸ | | | |
| Servicios para pacientes ambulatorios en un centro de rehabilitación | Servicios de rehabilitación | Centro que proporciona terapia y capacitación para la rehabilitación. El centro puede brindar terapia ocupacional, fisioterapia, capacitación profesional y capacitación especial. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios en un centro de rehabilitación | Servicios de rehabilitación | Centro que proporciona un programa multidisciplinario integrado de servicios de restauración diseñado para mejorar o mantener el funcionamiento físico de los pacientes. | X | X | X | X | X | X |
| Alotrasplante renal | Servicios de trasplante de órganos | El alotrasplante renal está cubierto solo cuando se realiza en un hospital que cumple con los estándares establecidos por el Departamento para centros de alotrasplante renal. | X | X | X | X | X | X |
| Requisitos correspondientes a los servicios complementarios de EPSDT | EPSDT | Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos: para beneficiarios de menos de 21 años; incluye administración de casos y servicios de enfermería complementarios; también cubiertos por los CCS para servicios de CCS y servicios de salud mental. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|--|--|-----|------------|------|----------|----------|------------|
| | | | | | | | | |
| Servicios de atención respiratoria | Servicios de atención respiratoria | Un proveedor capacitado y autorizado para atención respiratoria para brindar terapia, control, rehabilitación, evaluación de diagnóstico y atención a pacientes con deficiencias y anomalías que afectan el sistema pulmonar y aspectos cardiopulmonares y otros sistemas. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios en clínicas de salud rural | Servicios en clínicas de salud rural | Cubre servicios de atención primaria proporcionados por un médico o un profesional de la salud que no sea un médico, así como también los suministros relacionados con estos servicios, servicios de casa de reposo y cualquier otro servicio, suministro, equipo y medicamento para pacientes ambulatorios. | X | X | X | X | X | X |
| Alcance de los servicios de intérprete de lenguaje de señas | Servicios de intérprete de lenguaje de señas | Los servicios de intérprete de lenguaje de señas pueden utilizarse para servicios de atención de salud médicamente necesarios. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios proporcionados en un hospital estatal o federal | | Los hospitales estatales de California proporcionan servicios de tratamiento para pacientes internados para los ciudadanos de California que tienen enfermedades mentales graves. Los hospitales federales proporcionan servicios para determinadas poblaciones, como las Fuerzas Armadas, de las cuales el gobierno federal es responsable. | | | | | | |
| Servicios del programa Short-Doyle de salud mental de Medi-Cal | Programa Short-Doyle | Los servicios de salud mental comunitarios proporcionados por proveedores de Short-Doyle de Medi-Cal a beneficiarios de Medi-Cal están cubiertos por el programa Medi-Cal. | | | | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|--|---|---|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios en un centro de enfermería especializada | Servicios en un centro de enfermería y servicios en un centro de enfermería especializada | Un centro de enfermería especializada es una institución, lugar, edificio o agencia autorizado como un SNF por el DHCS o es una parte o unidad separada de un hospital (excepto que la parte separada de un hospital no necesita estar autorizada como SNF) y que ha sido certificada por el DHCS para participar como SNF en el programa Medi-Cal. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Atención de enfermería especializada | Servicios de atención de enfermería privada | La atención de enfermería privada es la planificación de la atención y la atención de clientes por parte de personal de enfermería, ya sea un enfermero registrado o un enfermero con licencia. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios de salud mental especializados | | Servicios de rehabilitación, que incluyen servicios de salud mental, servicios de apoyo con los medicamentos, servicios intensivos de tratamiento diurno, rehabilitación diurna, intervención en casos de crisis, estabilización en casos de crisis, servicios de tratamiento residencial para adultos, servicios residenciales en casos de crisis y servicios en un centro de salud psiquiátrica. | | | | | | |
| Servicios especializados de rehabilitación en centros de enfermería especializada y centros de atención intermedia | Servicios especializados de rehabilitación | Los servicios especializados de rehabilitación estarán cubiertos. Dichos servicios incluirán los servicios de continuación del tratamiento médicamente necesarios iniciados en el hospital o terapia intensiva a corto plazo que se espera que permita la recuperación de la función que lleve a (1) un nivel más alto y sostenido de cuidado personal y el alta para regresar a casa, o (2) un nivel más bajo de atención. Los servicios especializados de rehabilitación estarán cubiertos. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Servicios respaldados por el estado | | Servicios de aborto financiados por el estado que son proporcionados a través de un contrato secundario. | X | X | X | X | X | X |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|---|--|----------------|----------------|------|----------------|----------------|----------------|
| Servicios de cuidados subagudos | Servicios en un centro de enfermería (SNF) y servicios en un centro de enfermería especializada de cuidados subagudos | Los servicios de cuidados subagudos son un tipo de servicio en un centro de enfermería especializada que se proporcionan en una unidad de cuidados subagudos. | X ⁵ | X ⁵ | X | X ⁵ | X ⁵ | X ⁵ |
| Servicios con camas rotativas | Servicios hospitalarios para pacientes internados | Los servicios con camas rotativas son servicios de atención adicional para pacientes internados en el caso de aquellos que reúnen los requisitos y necesitan atención adicional antes de regresar a su hogar. | X | X | X | X | X | X |
| Programa de servicios de administración de casos específica | Administración de casos específica | Las personas que son elegibles para recibir servicios de administración de casos específica deben estar en los siguientes grupos de beneficiarios de Medi-Cal: personas con alto riesgo, con problemas de idioma o comprensión y personas de 18 años y más. | | | | | | |
| Servicios de administración de casos específica | Administración de casos específica | Los servicios de administración de casos específica incluirán, al menos, uno de los siguientes componentes de servicios: una evaluación registrada que identifique las necesidades del beneficiario, el desarrollo de un plan de servicio integral, escrito e individual, la implementación del plan de servicio, que incluye vinculación y consulta con proveedores de servicios y remisión a estos, la asistencia para acceder a servicios identificados en el plan de servicios, la planificación para ayuda en crisis para coordinar y acordar el servicio o tratamiento inmediato necesario en aquellas situaciones que parezcan ser emergencia, con el fin de evitar, eliminar o reducir una situación de crisis para un beneficiario específico, la revisión periódica del progreso del beneficiario para lograr los resultados del servicio identificados en el plan de servicios, con el fin de determinar si los servicios actuales deberían continuar, modificarse o suspenderse. | | | | | | |

| Servicio | Categoría de servicio del plan del estado | Definición | GMC | Dos planes | COHS | Regional | Imperial | San Benito |
|---|---|--|-----|------------|------|----------|----------|------------|
| Servicios de atención para la transición para pacientes internados | Servicios en un centro de enfermería y de atención para la transición para pacientes internados | Se centran en la transición de la atención de paciente ambulatorio a paciente internado. Los coordinadores de atención para pacientes internados, junto con los proveedores de diferentes entornos de atención, deben proporcionar una transición segura y de calidad. | X | X | X | X | X | X |
| Servicios relacionados con la tuberculosis (por sus siglas en inglés, TB) | Servicios relacionados con la TB | Cubre la atención y el tratamiento de la TB en cumplimiento de las pautas recomendadas por la American Thoracic Society y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. | | | | | | |

¹ La cobertura de beneficios opcionales se limita solo para beneficiario de “grupos de exención”:

1) beneficiarios de menos de 21 años para servicios proporcionados conforme al programa de EPSDT; 2) beneficiarios que residen en un SNF (centros de enfermería de nivel A y nivel B, incluidos centros de cuidados subagudos); 3) beneficiarias embarazadas; 4) beneficiarios de CCS, y 5) beneficiarios inscritos en PACE. Los servicios incluyen lo siguiente: Servicios quiroprácticos, acupunturista, servicios de audiología y audiólogos, oculista y laboratorio óptico, servicios dentales*, patología del habla, dentaduras postizas, anteojos.

² Los servicios pueden ser proporcionados por médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, asesores de matrimonio, familia y niños, u otros proveedores de salud mental especializados. PartnershipHealthPlan del condado de Solano (COHS) cubre servicios de salud mental especializados, y Kaiser GMC cubre servicios de salud mental especializados, para pacientes internados y para pacientes ambulatorios.

³ La fabricación de lentes ópticos solo está cubierta por CenCalHealth.

⁴ Sin cobertura de CenCal.

⁵ Solo con cobertura para el mes de admisión y el mes siguiente.

⁶ Sin cobertura de CalOptima, Central California Alliance forHealth, PartnershipHealthPlan of California (solo el condado de Sonoma) y CenCal (solo el condado de San Luis Obispo).

⁷ Solo con cobertura de Health Plan of San Mateo y CalOptima.

⁸ Solo con cobertura de Health Plan of San Mateo.

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO D-SNP)
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410

ca.healthnetadvantage.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-431-9007 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-977-6738 (TTY: 711)

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, o bien de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente "Medicare y Usted". Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este plan está disponible para cualquier persona que reciba ayuda médica del estado y de Medicare.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711) para obtener mayor información.

El "coseguro" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos y medicamentos que requieren receta médica.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande o audio.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Health Net tiene un contrato con Medicare para los planes HMO SNP, y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Health Net depende de la renovación del contrato.