

Resumen de Beneficios

2021

Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001
Condados de Fresno y Sacramento, CA

Este folleto 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 ca.healthnetadvantage.com.

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

- Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de la Parte B de Medicare, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos y reside de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tiene residencia permanente en los condados del área de servicio de Health Net Amber II Premier [HMO D-SNP]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Fresno y Sacramento.
- Para obtener Health Net 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 de Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba. El estado de California paga su prima 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 Amber II Premier (HMO D-SNP) le da 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 pedir un directorio actual de proveedores y farmacias o ver una lista actualizada de los proveedores de la red en ca.healthnetadvantage.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que el 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 Amber II Premier [HMO D-SNP] pagarán los costos).

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

Resumen de Beneficios

DEL 1 DE ENERO DE 2021 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

Beneficios	Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Las primas mensuales, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad de Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba.	
Prima Mensual del Plan	Usted paga de \$0 a \$20.20 según su nivel de elegibilidad para Medicaid. (Debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero).
Deducibles	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos • Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos del Nivel 2, 3, 4 y 5)
Monto Máximo de Desembolso (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$3,450 por año Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados* ■	Por cada internación, usted paga \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$670 por día para los días 1 a 3 • Copago de \$0 por día desde el día 4 al 90
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios* ■	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: coseguro del 0% o 20% por visita • Servicios de observación: coseguro del 0% o 20% por visita
Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)* ■	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: copago de \$0 por visita • Servicios de un especialista: copago de \$0 por visita
Atención Preventiva* ■ (p. ej., vacuna antigripal, prueba de detección de diabetes)	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 \$120) por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
Servicios Requeridos de Urgencia	Coseguro del 0% o 20% (hasta \$65) por visita El copago no se anula si lo internan en el hospital.

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 Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Servicios de Diagnóstico/ Análisis de Laboratorio/ Estudios por Imágenes* ■ (incluye procedimientos y pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, radiología de diagnóstico y rayos X)	Copago de \$0 para las pruebas de COVID-19 y los servicios especificados relacionados con la prueba en cualquier centro <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, 1 por año calendario)
Servicios Dentales* ■	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$0 • Servicios dentales integrales: se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales. <p>Se aplica una asignación máxima de \$1,000 por año calendario; se aplica a todos los beneficios dentales integrales.</p>
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) • Lentes y accesorios de rutina: asignación de hasta \$400 por año calendario
Servicios de Salud Mental*	Terapia individual y grupal: coseguro del 0% o 20% por visita
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*	En 2020, los montos para cada período de beneficios fueron los siguientes: \$0 o <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$176 por día para los días 21 a 100 (puede variar en 2021)
Fisioterapia* ■	Coseguro del 0% o 20% por visita
Servicio de ambulancia	Coseguro del 0% o 20% (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea

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 Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Centro de Cirugía Ambulatoria* ▣	Centro de cirugía ambulatoria: coseguro del 0% o 20% por visita
Transporte* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por viaje de ida o de vuelta • Hasta 50 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	<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 \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos del Nivel 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 o \$92 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>	
Etapa de Cobertura Inicial (después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)	<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.</p> <p>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 los medicamentos” alcancen los \$4,130, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>	
	Farmacia Minorista Estándar Suministro para 30 días	Farmacia de Compra 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	Coseguro del 49%	Coseguro del 49%
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 25%	No disponible
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.</p>	

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

	<p>(El monto que paga 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 los \$6,550. Los “costos de desembolso” incluyen lo que usted paga al surtir o volver a surtir una receta médica para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos hechos 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 \$6,550, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> <p>Si 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 Evidencia de Cobertura (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 a un coseguro del 5% del medicamento o un copago (de \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, o de \$9.20 por todos los demás medicamentos).</p>
Información Importante:	<p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en una 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 reúne los requisitos, visite Medicare.gov o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711).</p>

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Servicios de Telesalud Adicionales* ▣	El costo compartido de los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare con médicos de atención primaria, especialistas, las sesiones individuales o grupales con proveedores de salud mental o psiquiatras y otros profesionales de atención de salud de estas especialidades será igual al costo compartido que se paga por cada uno de estos servicios cuando se los recibe en el consultorio.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides*	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno individual: coseguro del 0% o 20% por visita • Entorno grupal: coseguro del 0% o 20% por visita
Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)	<p>Copago de \$0 (asignación de \$125 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo.</p> <p>Se aplica un límite de 9 productos por artículo, por pedido, con la excepción de determinados productos que tienen más límites. Puede hacer un pedido por trimestre, y el dinero no utilizado no se traslada al trimestre siguiente.</p> <p>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
Atención Quiropráctica* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita • Servicios quiroprácticos de rutina: copago de \$0 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios de acupuntura de rutina)
Acupuntura* ▣	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en un centro quiropráctico • Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un proveedor de atención primaria • Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un especialista • Servicios de acupuntura de rutina: copago de \$0 por visita (24 visitas por año calendario combinadas con servicios quiroprácticos de rutina)

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 Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) H3561: 001 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): coseguro del 0% o 20% • Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): coseguro del 0% o 20% • Suministros para la diabetes: coseguro del 0% o 20% El costo mínimo es para los suministros preferidos para la diabetes y el costo máximo para los suministros no preferidos después de una autorización previa.
Cuidado de los Pies[■] (Servicios de Podiatría)	<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)
Visita Virtual	El plan Teladoc™ ofrece acceso a visitas virtuales las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año realizadas por médicos con certificación de la Junta que le permiten abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud.
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 de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.
Examen Anual de Rutina	Copago de \$0

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 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 Amber II Premier (HMO SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Primas Mensuales y Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame a Medi-Cal de manera gratuita al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>. 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 el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado 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 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>.

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
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 profesional de enfermería familiar certificado	Un profesional de enfermería familiar certificado que proporciona servicios dentro del alcance de su profesión.	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 profesional de enfermería pediátrica certificado	Servicios de profesional de enfermería pediátrica certificado	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 Discapacidades (por sus siglas en inglés, 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 (proporcionado por los Departamentos de Salud de los condados)		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 espaciado 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.						
Servicios de atención quiropráctica	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					

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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)		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. 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.	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 de tratamiento por abuso de sustancias de Medi-Cal	Servicios de 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 tempranos y periódicos (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

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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.						
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, aparatos para la vista disminuida, prótesis oculares y otros dispositivos para la vista	Anteojos, lentes de contacto, aparatos para la vista disminuida, prótesis oculares y otros dispositivos para la vista	Los dispositivos para la vista están cubiertos mediante la receta médica escrita de un médico u optometrista.	X ¹	X ^{1,3}				

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
Centros de salud federalmente calificados (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 médica 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 con licencia.	X	X	X	X	X	X
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.						

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
Servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar	Servicios de 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 de cuidado de la salud en el hogar – Ayuda 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
Atención en un centro de cuidado de enfermos terminales	Atención en un centro de 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 ^L			
Histerectomía	Servicios para pacientes internados en un hospital	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
Servicio 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 para pacientes internados en un hospital	Servicios para pacientes internados en un hospital	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

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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
Servicios de habilitación en centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo	Servicios de habilitación en centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo	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.	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

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
Servicios de laboratorio, radiología y radioisótopos	Laboratorio, rayos X y servicios de laboratorio, radiología y radioisótopos	Cubre los exámenes, análisis y servicios terapéuticos indicados por un profesional con licencia.	X	X	X	X	X	X
Servicios de partera con licencia	Servicios de otros profesionales y servicios de partera con licencia	Los siguientes servicios estarán cubiertos como servicios de parteras con licencia 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 opción de facturación de la agencia educativa local de Medi-Cal	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 Regulaciones 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 del estado 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 con licencia. No incluyen cremas ni lavados para la incontinencia.	X	X	X	X	X	X
Servicios de transporte médico	Servicios de transporte médico	Se cubren los servicios de transporte médico en ambulancia, vehículo modificado y para 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 de salud 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 enfermero anestesista	Servicios de otros profesionales y servicios de un enfermero anestesista	Cubre los servicios de anestesiología realizados por un enfermero anestesista dentro del alcance de su certificación.	X	X	X	X	X	X
Servicios de enfermera especializada en partería	Servicios de enfermera especializada en partería	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 optometrista	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 atención de salud con licencia 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					

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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
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.						

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
Servicios pediátricos de cuidados subagudos	Servicios en centro de enfermería especializada 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 o que ocasione la muerte dentro de los 12 meses, y que no pueda permanecer de manera segura en su hogar sin los servicios.						
Servicios farmacéuticos y de medicamentos que requieren receta médica	Servicios farmacéuticos y de medicamentos que requieren receta médica	Cubre medicamentos, incluidos los medicamentos que requieren receta médica y que no requieren receta médica, y nutrición parental total suministrada por un médico con licencia.	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

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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, podiatra o dentista con licencia, 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
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiolología	Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiolología	Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiolología 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 ²			
Servicios de rehabilitación en un centro para pacientes ambulatorios	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

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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 aplicables a los servicios complementarios de los 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
Servicios de atención respiratoria	Servicios de atención respiratoria	Un proveedor capacitado y con licencia 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 lengua de señas	Servicios de intérprete de lengua de señas	Los servicios de intérprete de lengua de señas pueden utilizarse para servicios de atención de salud médicamente necesarios.	X	X	X	X	X	X

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
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 de salud mental del programa Short-Doyle 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.						
Servicios de centro de enfermería especializada	Servicios de centro de enfermería y enfermería especializada	Un centro de enfermería especializada es una institución, lugar, edificio o agencia que tiene una licencia como centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF) por el DHCS o es una parte o unidad separada de un hospital (excepto que la parte separada de un hospital no necesita tener una licencia 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 privada	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 de día, 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.						

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
Servicios especializados de rehabilitación en centros de enfermería especializada y centros de cuidados intermedios	Servicios de rehabilitación especializados	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 financiados 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
Servicios de cuidados subagudos	Servicios de centro de enfermería y servicios de cuidados subagudos especializados SNF	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 para pacientes internados en un hospital	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 servicio de administración de casos específicos	Administración de casos específicos	Las personas que son elegibles para recibir servicios de administración de casos específicos 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.						

Servicio	Categoría de servicio del plan del estado	Definición	GMC	Dos planes	COHS	Regional	Imperial	San Benito
Servicios de administración de casos específicos	Administración de casos específicos	Los servicios de administración de casos específicos 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.						
Servicios de transición de atención para pacientes internados	Servicios de centro de enfermería y transición de atención	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.						

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Cuando usted se afilia, Health Net usa y divulga la información médica protegida y la información financiera personal que no es pública* de un afiliado a los fines del tratamiento, del pago, de las operaciones de atención de salud y en los casos permitidos o exigidos por la ley. Health Net les envía a sus afiliados un Aviso de Prácticas de Privacidad en el que se describe cómo se usa y divulga la información médica protegida; los derechos que tiene la persona para acceder a esa información y solicitar correcciones y restricciones, además de un informe de la divulgación de información médica protegida; y los procedimientos que se deben seguir para presentar quejas. Health Net le dará la posibilidad de aceptar o rechazar la divulgación de su información por cuestiones que no sean de rutina, por ejemplo, para marketing. Health Net les permite a los afiliados acceder a su información médica protegida para revisarla u obtener una copia de esa información que está en grupos de registros específicos que tiene Health Net. Health Net protege la información que se obtenga de modo verbal, escrito y electrónico en la organización usando mecanismos de seguridad adecuados y prudentes. En estos mecanismos se incluye la limitación del acceso a la información médica protegida de una persona solo a aquellos que deban conocerla por cuestiones de pagos, tratamientos, operaciones de atención de salud o en los casos permitidos o exigidos por la ley. Puede consultar el Aviso completo de Prácticas de Privacidad de Health Net en “Privacidad” en ca.healthnetadvantage.com, o bien puede obtener una copia llamando al Centro de Comunicación con el Cliente al número de teléfono que figura en la parte posterior de este documento.

** La información financiera personal que no es pública incluye la información financiera de identificación personal que nos dio para recibir la cobertura del plan de salud o que obtuvimos al darle los beneficios. Por ejemplo, incluye números del Seguro Social, saldos de cuenta e historial de pagos. No divulgamos a ninguna otra persona su información personal que no sea pública, excepto en los casos permitidos por la ley.*

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Health Net 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)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. 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 más 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, letra grande o audio.

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