

Programa de Beneficios

Harvard Pilgrim Health Care, Inc.

MAINE'S CHOICE PLUS HMO

MAINE

Ten en cuenta lo siguiente: Este plan incluye una red de proveedores con niveles llamada Red "Maine's Choice Plus". En este plan, los miembros pagan diferentes niveles de copagos, coseguros o deducibles según la afiliación del proveedor que brinda un beneficio cubierto. Si un proveedor cambia la afiliación en cualquier momento, es posible que la red de ese proveedor también cambie. Consulta el Directorio de Proveedores de Maine's Choice Plus HMO o visita la herramienta de búsqueda de proveedores en www.harvardpilgrim.org antes de tus servicios para determinar a qué red pertenece tu proveedor o centro.

En este Programa de Beneficios se indican los límites de beneficios y los montos de costo compartido del miembro que debes pagar por los beneficios cubiertos. Sin embargo, este es solo un resumen de tus beneficios. Consulta tu Manual de Beneficios para obtener más información. Tu costo compartido del miembro puede incluir un deducible, coseguros y copagos. Consulta los cuadros a continuación para conocer más detalles.

En una emergencia médica, debes acudir al centro de emergencias más cercano o llamar al 911 o a otro número de acceso a emergencias local. No necesitas una remisión de tu proveedor de atención primaria (PCP). Tu costo compartido del miembro para la sala de emergencias se incluye en los siguientes cuadros.

Pautas sobre necesidades médicas

Usamos criterios de revisión clínica para evaluar si determinados servicios o procedimientos son médicamente necesarios para la atención de un miembro. Los miembros o los profesionales de la salud pueden obtener una copia de nuestras Pautas sobre las necesidades médicas en nuestro sitio web, www.harvardpilgrim.org, o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-333-4742.

Costo compartido de miembro

Se requiere que los miembros compartan el costo de los beneficios cubiertos proporcionados por el plan. En esta sección, se describen los pagos de los que eres responsable, denominados "costos compartidos de los miembros". En las tablas a continuación, se muestran los montos específicos de los costos compartidos de los miembros para los diferentes servicios cubiertos por el plan.

Hay dos tipos de proveedores del plan: (1) proveedores preferidos y (2) proveedores estándar. Los costos compartidos de los miembros para los beneficios cubiertos dependen del tipo de proveedor del plan que consultes. Los servicios que brinde un proveedor preferido resultarán en un costo compartido del miembro más bajo. Los servicios que brinde un proveedor estándar resultarán en un costo compartido del miembro más alto.

En el Directorio de Proveedores del plan, se enumeran todos los proveedores del plan y la ubicación en la red. Puedes acceder al Directorio de Proveedores a través de www.harvardpilgrim.org. También puedes obtener una copia impresa del directorio, sin cargo, llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Harvard Pilgrim al 1-888-333-4742.

Ten en cuenta lo siguiente: Los proveedores primarios de cuidados médicos están disponibles en la red preferida y en la red estándar. Cada miembro inscrito debe elegir un PCP en la red preferida o en la red estándar para obtener los beneficios cubiertos.

Niveles de costos compartidos de las visitas al consultorio

El costo compartido de las visitas al consultorio puede incluir copagos, coseguros o deducibles, como se describe en este Programa de Beneficios. Hay dos tipos de costos compartidos de las visitas al consultorio que se aplican a tu plan: un costo compartido más bajo, conocido como "Nivel 1", y un costo compartido más alto, conocido como "Nivel 2".

El Nivel 1 se aplica a los servicios profesionales cubiertos para pacientes ambulatorios que prestan los siguientes tipos de proveedores: todos los PCP, obstetras, ginecólogos, profesionales de la salud mental con licencia, enfermeros parteros certificados y enfermeros practicantes que facturan de forma independiente.

El Nivel 2 se aplica a los servicios profesionales cubiertos para pacientes ambulatorios que prestan los proveedores de atención especializada.

Es posible que tu plan tenga otros montos de costo compartido. Consulta el siguiente cuadro de beneficios para conocer los requisitos específicos de costos compartidos.

Beneficios cubiertos

Tus beneficios cubiertos se administran en función del año calendario. Tu costo compartido de miembro dependerá del tipo de servicio prestado y del lugar en el que se preste el servicio, tal como se indica en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, para los servicios prestados en el consultorio de un médico, consulta "Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales". Para los servicios prestados en la sala de emergencias de un hospital, consulta "Atención en la sala de emergencias", y para los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios, consulta "Cirugía: pacientes ambulatorios".

Cuando recibas un servicio a domicilio (que no sea atención médica a domicilio), tu costo compartido del miembro será el mismo que cuando el servicio se presta en un consultorio o un centro. Por ejemplo, si tienes una visita del médico en tu hogar, consulta "Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales". Si necesitas una extracción de sangre a domicilio, consulta "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico".

Características generales del costo compartido:		Costo compartido del miembro:
Coseguros y copagos		
		Consulta el siguiente cuadro de beneficios
Deducible		
		Red preferida: \$2,000 por miembro por año calendario \$4,000 por familia por año calendario Red estándar: \$5,000 por miembro por año calendario \$10,000 por familia por año calendario

Características generales del costo compartido:		Costo compartido del miembro:
Deducible (continuación)		
Aviso importante: Si se aplica un deducible familiar, este se puede alcanzar de dos maneras: a. Si un miembro de una familia cubierta alcanza un deducible individual, entonces ese miembro no tiene responsabilidades adicionales de costo compartido del miembro de deducible para los beneficios cubiertos durante el resto del año calendario. b. Si cualquier cantidad de miembros de una familia cubierta alcanza en conjunto un deducible familiar, entonces todos los miembros de esa familia cubierta no tienen responsabilidades adicionales de costo compartido del miembro de deducible para los beneficios cubiertos durante el resto del año calendario.		
Aviso: El deducible de la red preferida es la cantidad máxima del deducible que pagarás por todos los servicios recibidos de un proveedor preferido durante el año calendario. Asimismo, el deducible de la red estándar es la cantidad máxima del deducible que pagarás por todos los servicios recibidos de un proveedor estándar durante el año calendario.		
Transferencia del deducible		
Tu plan tiene una transferencia del deducible. Los montos deducibles que pague por los beneficios cubiertos durante los últimos 3 meses del año calendario se aplican para cumplir el requisito de deducible del próximo año calendario. Los montos de la transferencia del deducible no se aplicarán para alcanzar el gasto máximo directo del bolsillo para el próximo año calendario.		
Gasto máximo directo del bolsillo		
Incluye todos los costos compartidos del miembro. – Todos los costos compartidos de los miembros para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios se acumularán en el gasto máximo directo del bolsillo de la red preferida.	Red preferida: \$5,500 por miembro por año calendario \$11,000 por familia por año calendario Red estándar: \$6,850 por miembro por año calendario \$13,700 por familia por año calendario	
Ten en cuenta lo siguiente: Todos los gastos elegibles en los que incurras en un año calendario con un proveedor preferido se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo de la red preferida y de la red estándar. Cualquier gasto elegible en el que incurras en un año calendario con un proveedor estándar solo se aplicará al gasto máximo directo del bolsillo de la red estándar. Si los gastos máximos de bolsillo de la red preferida y de la red estándar son iguales, todos los gastos de bolsillo del miembro se aplicarán tanto a los gastos máximos de bolsillo de la red preferida como a los de la red estándar. Los gastos de bolsillo totales de un miembro por los beneficios cubiertos con todos los proveedores del plan en un año calendario nunca excederán el gasto máximo directo del bolsillo estándar.		

Beneficio	Tu costo compartido
Tratamiento de acupuntura para lesiones o enfermedades	
– Límite de 20 visitas por año calendario	Copago de \$35 por visita
Traslado en ambulancia y transporte médico	
Traslado de emergencia en ambulancia	Coseguro del 20 %
Transporte para la atención médica que no sea de emergencia	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Tratamiento para trastornos del espectro autista	
Análisis conductual aplicado	<p>Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia.</p> <p>Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: Copago de \$35 por visita</p>

Beneficio		Tu costo compartido
Quimioterapia y radioterapia		
Quimioterapia	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Radioterapia	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Atención quiropráctica		
– Límite de 40 visitas por año calendario	Copago de \$35 por visita	
Servicios dentales		
Aviso importante: la cobertura de atención dental es muy limitada. Consulta el Manual de Beneficios para conocer los detalles de tu cobertura.		
Extracción de dientes impactados en el hueso (se realiza en el consultorio médico)	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Diálisis		
	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %	
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero, incluidos los dispositivos ortopédicos descritos en el Manual de Beneficios	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %	
Glucómetros, dispositivos de infusión y bombas de insulina (incluidos los suministros)	Sin cargo	
Oxígeno y equipo respiratorio	Sin cargo	
Servicios de intervención temprana (para miembros de hasta 3 años)		
– Límite de \$3,200 por miembro por año calendario, hasta un máximo de \$9,600	Copago de \$35 por visita	
Hospitalización de emergencia		
	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %	
Atención en la sala de emergencias		
	Copago de \$300 por visita	
Este copago está exento si (1) es trasladado a los servicios de observación o de cirugía para pacientes ambulatorios; o si (2) es admitido en el hospital directamente desde la sala de emergencias. Consulta "Hospital: servicios para pacientes hospitalizados", "Servicios de observación" o "Cirugía: pacientes ambulatorios" para conocer los costos compartidos del miembro que se aplican a estos beneficios.		
Tratamiento de fertilidad (consulta el Manual de Beneficios para conocer más detalles)		
	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar; luego, coseguro del 20 %	
Audífonos		
– Límite de \$3,000 por audífono cada 36 meses, por cada oído con problemas de audición	Deducible preferido; luego, coseguro del 50 %	

Beneficio		Tu costo compartido
Atención médica a domicilio		
		Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Si los servicios incluyen la administración de fármacos, consulta el beneficio de "Fármacos médicos" para conocer los detalles del costo compartido del miembro.		
Hospicio: pacientes ambulatorios		
		Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Hospital: servicio como paciente hospitalizado		
Atención hospitalaria aguda, incluidas transfusiones de sangre y terapia inhalatoria		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Atención de maternidad para pacientes hospitalizadas		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Atención de rutina para pacientes hospitalizados en la sala de recién nacidos		Sin cargo
Rehabilitación para pacientes hospitalizados: límite de 100 días por año calendario Se combinan los límites de la rehabilitación para pacientes hospitalizados y la atención en un centro de enfermería especializada		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Centro de enfermería especializada: límite de 100 días por año calendario Se combinan los límites de la rehabilitación para pacientes hospitalizados y la atención en un centro de enfermería especializada		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (incluidos los laboratorios y los centros de diagnóstico por imagen independientes)		
Laboratorio		Costo compartido del miembro de la red preferida: En un hospital o en un centro hospitalario afiliado: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Pruebas genéticas		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Radiología		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Ecografía mamaria		Costo compartido del miembro de la red preferida: Sin cargo Costo compartido del miembro de la red estándar: Sin cargo

Beneficio		Tu costo compartido
Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (incluidos los laboratorios y los centros de diagnóstico por imagen independientes) (continuación)		
Radiología avanzada, que incluye tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), imágenes por resonancia magnética (IRM), angiografías por resonancia magnética (ARM) y servicios de medicina nuclear	En un hospital o en un centro hospitalario afiliado: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
IRM de mama	Costo compartido del miembro de la red preferida: Sin cargo Costo compartido del miembro de la red estándar: Sin cargo	
Otros servicios de diagnóstico (incluidas las pruebas de alergia)	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Alimentos bajos en proteínas		
– Límite de \$3,000 por año calendario	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %	
Atención de maternidad: pacientes ambulatorias		
Atención prenatal y posparto de rutina para pacientes ambulatorias	Sin cargo	
La atención prenatal y posparto de rutina suele recibirse y facturarse del mismo proveedor como un servicio único o en conjunto. Pueden aplicarse diferentes costos compartidos de miembro a cualquier servicio especializado o que no sea de rutina que se facture por separado de tu atención prenatal y posparto de rutina como paciente ambulatoria. Por ejemplo, el costo compartido del miembro por los servicios prestados por un especialista se indica en “Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales” y el costo compartido del miembro por una ecografía facturada como servicio especializado o no rutinario se indica en “Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (incluidos los laboratorios y los centros de diagnóstico por imagen independientes)”.		
Fármacos médicos (fármacos que no pueden administrarse por cuenta propia)		
Fármacos médicos que se reciben en el consultorio de un médico o en otro centro para pacientes ambulatorios	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido, luego, coseguro de 20 % hasta un máximo de \$250 de coseguro por día Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro de 40 % hasta un máximo de \$500 de coseguro por día	
Fármacos médicos que se administran en el hogar	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido, luego, coseguro de 20 % hasta un máximo de \$250 de coseguro por día Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro de 40 % hasta un máximo de \$500 de coseguro por día	
Algunos fármacos médicos pueden suministrarse en una farmacia especializada. Los costos compartidos del miembro que se indican arriba se aplicarán cuando una farmacia especializada suministre los fármacos médicos.		
Fórmulas médicas y leche materna de donantes		
Fórmulas autorizadas por el Estado y leche materna de donantes	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %	

MAINE'S CHOICE PLUS HMO: MAINE

Beneficio	Tu costo compartido
Tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias	
Servicios como paciente hospitalizado	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Servicios de hospitalización parcial	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Terapia grupal para pacientes ambulatorios	Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: copago de \$10 por visita
Servicios de salud mental a domicilio	Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: copago de \$35 por visita
Tratamiento para pacientes ambulatorios, que incluye terapia individual, desintoxicación y gestión de medicamentos	Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: copago de \$35 por visita
Mantenimiento con metadona para pacientes ambulatorios	Sin costo compartido del miembro en tu primera semana de tratamiento por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera semana, se aplica el siguiente costo compartido: copago de \$35 por semana
Evaluación neuropsicológica y exámenes psicológicos para pacientes ambulatorios	Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: Deducible preferido; luego, coseguro de 20 %
Visitas virtuales de telemedicina para pacientes ambulatorios: terapia grupal	Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: copago de \$10 por visita
Visitas virtuales de telemedicina para pacientes ambulatorios, que incluye terapia individual, desintoxicación y gestión de medicamentos	Sin costo compartido del miembro en tu primera visita al consultorio por año calendario con un profesional de salud mental con licencia. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: copago de \$35 por visita
Servicios de observación	
	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Suministros para ostomía	
	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %

Beneficio		Tu costo compartido
Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales (esto incluye a todos los proveedores del plan cubiertos, a menos que se indique lo contrario en este Programa de Beneficios).		
Exámenes de rutina para la atención preventiva, incluidas las vacunas	Sin cargo	
No todos los servicios que recibas durante un examen de rutina están cubiertos sin cargo. Solo los servicios preventivos establecidos en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) están cubiertos sin cargo. Otros servicios que no se incluyen en la PPACA pueden estar sujetos a costos compartidos adicionales. Para ver la lista actual de servicios preventivos cubiertos sin cargo bajo la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (PPACA), consulta el Aviso de servicios preventivos en nuestro sitio web, www.harvardpilgrim.org . Consulta el apartado “Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (incluidos los laboratorios y los centros de diagnóstico por imagen independientes)” para conocer el costo compartido del miembro que se aplica a los servicios de diagnóstico no incluidos en esta lista.		
Consultas, evaluaciones, atención de enfermedades y lesiones	Sin costo compartido del miembro para la primera visita por año calendario con un PCP de la red preferida o un PCP de la red estándar. Para todas las demás visitas se aplican los siguientes costos compartidos: Costo compartido del miembro de la red preferida: Nivel 1: copago de \$35 por visita Nivel 2: copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Nivel 1: copago de \$50 por visita Nivel 2: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 % Aviso: Para las visitas al PCP se aplica el copago de nivel 1 tanto en la red preferida como en la red estándar.	
Se puede aplicar un costo compartido del miembro adicional. Consulta el beneficio específico en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, si necesitas suturas, consulta los tratamientos y procedimientos en el consultorio que se indican a continuación. Si necesitas una radiografía o una extracción de sangre, consulta el apartado “Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (incluidos los laboratorios y los centros de diagnóstico por imagen independientes)”.		
Tratamientos y procedimientos en el consultorio, que incluyen, entre otros, la administración de inyecciones, la colocación de yesos, las suturas, la aplicación de vendajes, el cuidado de los pies que no sea de rutina y los procedimientos quirúrgicos	Costo compartido del miembro de la red preferida: Sin cargo Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Administración de inyecciones para alergias	Costo compartido del miembro de la red preferida: Sin cargo Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Pruebas y servicios preventivos		
	Sin cargo	
En virtud de la ley federal y estatal, muchas pruebas y servicios preventivos están cubiertos sin costo compartido del miembro, entre ellos las colonoscopias preventivas (incluso si se requiere la extirpación de pólipos u otro procedimiento necesario por razones médicas), mamografías de evaluación (incluida una segunda evaluación en caso de que la evaluación inicial no sea concluyente o se descubra una anomalía), pruebas de Papanicolaou, ciertos análisis de laboratorio y radiografías, la esterilización voluntaria para las mujeres y todos los dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Para conocer una lista completa de los servicios preventivos cubiertos, consulta el aviso de servicios preventivos en nuestro sitio web, www.harvardpilgrim.org . También puedes obtener una copia del aviso de servicios preventivos llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-333-4742 . Harvard Pilgrim añadirá o eliminará servicios de este beneficio para pruebas y servicios preventivos de acuerdo con las pautas federales y estatales.		

Beneficio		Tu costo compartido
Pruebas y servicios preventivos (continuación)		
Servicios, pruebas y dispositivos preventivos adicionales: alfafetoproteína (AFP), ecografía fetal, pruebas de hepatitis C, pruebas del nivel de plomo, evaluación de antígeno prostático específico (PSA), pruebas de hemoglobina de rutina, estreptococos del grupo B (GBS), análisis de orina de rutina, monitor de presión sanguínea, evaluación de retinopatía y pruebas del índice internacional normalizado (INR)	Sin cargo	
Dispositivos protésicos		
Dispositivos protésicos (que no sean para brazos y piernas)	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %	
Prótesis de brazos y piernas	Coseguro del 20 %	
Servicios de rehabilitación y habilitación: pacientes ambulatorios		
Rehabilitación cardíaca	Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Terapia de rehabilitación pulmonar	Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Terapia ocupacional – Límite de 60 visitas por año calendario; los límites de la terapia ocupacional, física y del habla se combinan	Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Fisioterapia – Límite de 60 visitas por año calendario; los límites de la terapia ocupacional, física y del habla se combinan	Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
Terapia del habla – Límite de 60 visitas por año calendario; los límites de la terapia ocupacional, física y del habla se combinan	Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	
La fisioterapia y las terapias ocupacionales y del habla para pacientes ambulatorios están cubiertas en la medida en que sean necesarias por razones médicas para: (1) los niños de hasta tres años; y (2) el tratamiento de los trastornos del espectro autista. La fisioterapia para pacientes ambulatorios por trastornos del suelo pélvico relacionados con el posparto no está sujeta a límites de visitas.		
Procedimientos endoscópicos: diagnóstico y terapia para pacientes ambulatorios		
Colonoscopia, endoscopia y sigmoidoscopia	Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro de 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %	

Beneficio		Tu costo compartido
Cirugía: pacientes ambulatorios		
		Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro de 20 % Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Servicios de visitas virtuales de telemedicina: pacientes ambulatorios		
		Sin costo compartido del miembro para la primera visita por año calendario con un PCP de la red preferida o un PCP de la red estándar. Para todas las demás visitas se aplican los siguientes costos compartidos: Costo compartido del miembro de la red preferida: Nivel 1: copago de \$35 por visita Nivel 2: copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Nivel 1: copago de \$50 por visita Nivel 2: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 % Aviso: Para las visitas al PCP se aplica el copago de nivel 1 tanto en la red preferida como en la red estándar.
Para la atención de pacientes hospitalizados, consulta el apartado "Hospital: servicios como paciente hospitalizado" para obtener información sobre los costos compartidos.		
Beneficio de reembolso por viajes		
– Límite de \$2,500 por año calendario; consulta el Manual de Beneficios para obtener más detalles		Sin cargo
Servicios de atención de urgencia		
Doctor On Demand		copago de \$35 por visita
Aviso importante: Doctor On Demand es una red específica de proveedores contratados para prestar servicios virtuales de atención de urgencia. Para obtener más información sobre Doctor On Demand, incluida la forma de acceder a esta red, visita nuestro sitio web: www.harvardpilgrim.org .		
Clínica de atención de cercanía		Copago de \$35 por visita
Centro de atención de urgencia		Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$35 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Centro hospitalario de atención de urgencia		Costo compartido del miembro de la red preferida: copago de \$50 por visita Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %
Se puede aplicar un costo compartido del miembro adicional. Consulta el beneficio específico en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, si necesitas una radiografía o una extracción de sangre, consulta el apartado "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico (incluidos los laboratorios y los centros de diagnóstico por imagen independientes)".		

Beneficio	Tu costo compartido
Servicios de la vista	
Cuidado de la vista de urgencia	<p>Sin costo compartido del miembro para la primera visita por año calendario con un PCP de la red preferida o un PCP de la red estándar. Para todas las demás visitas se aplican los siguientes costos compartidos:</p> <p>Costo compartido del miembro de la red preferida: Nivel 1: Copago de \$35 por visita Nivel 2: copago de \$50 por visita</p> <p>Costo compartido del miembro de la red estándar: Nivel 1: copago de \$50 por visita Nivel 2: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %</p> <p>Aviso: Para las visitas al PCP se aplica el copago de nivel 1 tanto en la red preferida como en la red estándar.</p>
Exámenes oftalmológicos de rutina para adultos: límite de 1 examen por año calendario	<p>Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$35 por visita</p> <p>Costo compartido del miembro de la red estándar: copago de \$50 por visita</p>
Exámenes oftalmológicos de rutina pediátricos: límite de 1 examen por año calendario	<p>Costo compartido del miembro de la red preferida: Copago de \$35 por visita</p> <p>Costo compartido del miembro de la red estándar: copago de \$50 por visita</p>
Dispositivos para la vista para afecciones especiales	Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %
Esterilización voluntaria en el consultorio del médico	
	<p>Costo compartido del miembro de la red preferida: Deducible preferido; luego, coseguro del 20 %</p> <p>Costo compartido del miembro de la red estándar: Deducible estándar, luego, coseguro del 40 %</p>
Interrupción voluntaria del embarazo: pacientes ambulatorias	
	<p>Costo compartido del miembro de la red preferida: Sin cargo</p> <p>Costo compartido del miembro de la red estándar: Sin cargo</p>
Pelucas y prótesis capilares	
– Límite de \$350 por año calendario (consulta el Manual de Beneficios para obtener más detalles)	Coseguro del 20 %

Servicios de asistencia lingüística

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si nou palé Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou sèvis ki disponib nan lang nou pou gratis. Rele 1-888-333-4742 (TTY: 711).

繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-333-4742 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ thông dịch của chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị miễn phí. Gọi số 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-333-4742 (телетайп: 711).

العربية (Arabic) انتباه: إذا أنت تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على 1 888-333-4742 (TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, យើងមានសេវាកម្មបកប្រែ ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-333-4742 (TTY: 711)។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-333-4742 (ATS: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-333-4742 (TTY: 711).

한국어 (Korean) '알림': 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-333-4742 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Καλέστε 1-888-333-4742 (TTY: 711).

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-333-4742 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) ध्यान दीजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता मुफ्त में उपलब्ध है. जानकारी के लिये फोन करे. 1-888-333-4742 (TTY: 711)

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને માટે ભાષાકીય સહાય તદ્દન મફત ઉપલબ્ધ છે. વિશેષ માહિતી માટે ફોન કરો. 1-888-333-4742 (TTY: 711)

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-333-4742 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-333-4742 (TTY: 711).



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

(continuación)

Aviso general de no discriminación y requisitos de accesibilidad

Harvard Pilgrim Health Care y sus afiliados (mencionados a continuación como "HPHC") cumplen con las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazos, orientación sexual e identidad de género). HPHC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazos, orientación sexual e identidad de género).

HPHC:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, formato de audio, otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo, intérpretes calificados.

Si necesitas estos servicios, comunícate con nuestro funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles.

Si consideras que HPHC no te proporcionó estos servicios o te discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazos, orientación sexual e identidad de género), puedes presentar un reclamo a: Civil Rights Compliance Officer, 1 Wellness Way, Canton, MA 02021-1166; (866) 750-2074; servicio de TTY: 711; fax: (617) 509-3085, correo electrónico: civil_rights@point32health.org. Puedes presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar un reclamo, el funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles está a tu disposición. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., ya sea en forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TTY)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company.

cc6589_memb_serv (08_23)

Lista general de exclusiones

Harvard Pilgrim Health Care, Inc. | MAINE

En la siguiente lista se identifican los servicios que suelen estar excluidos de los planes de Harvard Pilgrim. Es posible que se excluyan servicios adicionales relacionados con el acceso a los productos o con su diseño. Para ver una lista completa de las exclusiones, consulta el Manual de Beneficios del plan específico.

Exclusión
Tratamientos alternativos
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de acupuntura, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Servicios de acupuntura que no se consideran atención de acupuntura habitual. • Servicios alternativos u holísticos y todos los procedimientos, análisis de laboratorios y suplementos nutricionales asociados a dichos tratamientos. • Aromaterapia, cristaloterapia y medicina alternativa. • Cualquiera de los siguientes tipos de programas: balnearios, spas, programas recreativos, campamentos, programas en la naturaleza (programas terapéuticos al aire libre), programas de habilidades al aire libre, programas de habilidades para la vida, internados terapéuticos o educativos y programas de relajación o estilo de vida. • Terapia de masaje cuando la realiza cualquier persona que no sea un fisioterapeuta autorizado, un asistente de fisioterapia, un terapeuta ocupacional o un asistente de terapia ocupacional certificado. • Mioterapia. • Servicios proporcionados por un médico naturista que no están cubiertos por otros proveedores del plan.
Ensayos clínicos
No se cubre lo siguiente: • el artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo; o • los servicios, las pruebas o los artículos que se proporcionan únicamente para la recopilación y el análisis de los datos para el ensayo clínico y que no se utilizan para la gestión clínica directa de tu condición.
Servicios dentales
<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Todos los servicios de un dentista para la disfunción de la articulación temporomandibular (TMD). • Extracción de dientes, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Atención dental pediátrica, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto.
Equipos médicos duraderos y dispositivos protésicos
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier dispositivo o equipo especial necesario para deportes o fines ocupacionales. • Cualquier adaptación del hogar, incluidas, entre otras, las mejoras del hogar y los equipos para la adaptación del hogar. • Equipos médicos no duraderos, a menos que se usen como parte del tratamiento en un centro médico o como parte de los servicios aprobados de atención médica a domicilio. • Reparación o sustitución de equipos médicos duraderos o dispositivos protésicos por pérdida, negligencia, daño intencionado o robo.
Servicios experimentales, no probados o en investigación
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier producto o servicio, incluidos, entre otros, los medicamentos, dispositivos, tratamientos, procedimientos y pruebas de diagnóstico, que sean experimentales, no estén probados o estén en investigación.
Cuidado de los pies
<ul style="list-style-type: none"> • Ortótica del pie, excepto para el tratamiento de enfermedades graves del pie diabético. • Cuidado de rutina de los pies. Algunos ejemplos son el recorte, corte o desbridamiento de uñas, y el corte o la eliminación de callos y durezas. Esta exclusión no se aplica a los cuidados preventivos del pie de los miembros con diabetes.
Servicios de maternidad
<ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal y posparto de rutina cuando te encuentres de viaje fuera del área de servicio. • Partos planificados en el hogar. • Servicios prestados por una doula.

Exclusión
<p>Cuidado de la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biorretroalimentación. • Pruebas o servicios educativos, excepto los servicios cubiertos por el beneficio de servicios de intervención temprana. No se brindan los siguientes beneficios: (1) servicios educativos destinados al mejoramiento del desempeño académico; ni (2) servicios educativos destinados a la resolución de problemas de desempeño escolar. • Pruebas de praxis de integración sensorial. • Servicios para cualquier problema de salud con solo una designación de "Código Z" en el <i>Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales</i>, lo que significa que el problema de salud no es atribuible a un trastorno mental. • Cuidado de la salud mental que (1) se proporciona a los miembros que están reclusos o internados en una cárcel, centro correccional, prisión o centro de custodia del Departamento de Servicios para la Juventud; o (2) que proporciona el Departamento de Salud Mental. • Servicios o suministros para el diagnóstico o tratamiento de la salud mental y de trastornos por consumo de sustancias que, a discreción razonable del Centro de Acceso a la Salud Conductual, reúnen cualquiera de los siguientes requisitos: no son coherentes con las normas nacionales vigentes de la práctica clínica para el tratamiento de dichas afecciones; no son coherentes con las investigaciones profesionales actuales que demuestran que los servicios o los suministros tendrán un resultado mensurable y beneficioso para la salud; normalmente no producen resultados que demuestren que son mejores que otras alternativas de tratamiento disponibles menos intensivas o más rentables.
<p>Aspecto físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios estéticos, incluidos medicamentos, dispositivos, tratamientos y procedimientos, excepto 1) servicios estéticos que son inherentes a la corrección del deterioro funcional físico; 2) cirugía reconstructiva para reparar o restaurar el aspecto dañado por una lesión accidental, y 3) atención posterior a la mastectomía. • Eliminación o restauración del cabello, lo que incluye, entre otros, la electrólisis, el tratamiento con láser, el trasplante y la terapia farmacológica. • Liposucción o eliminación de depósitos de grasa que se consideran no deseados. • Procedimientos de eliminación o corrección de cicatrices o tatuajes (como salabrasión, quimiocirugía y otros procedimientos de abrasión de la piel). • Procedimientos de abrasión de la piel que se realizan como tratamiento contra el acné. • Tratamiento de arrugas de la piel y de pólipos cutáneos, o cualquier tratamiento para mejorar el aspecto de la piel. • Tratamiento de venas varicosas. • Pelucas, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto.
<p>Procedimientos y tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de reasignación de sexo, y todos los fármacos y procedimientos relacionados, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Atención provista por un quiropráctico fuera del ámbito de la práctica quiropráctica estándar, que incluye, entre otros, cirugías, la receta o la dispensación de fármacos o medicamentos, exámenes internos, prácticas obstétricas o el tratamiento de infecciones y pruebas de diagnóstico para la atención quiropráctica que no sean una radiografía inicial. • Planes de dieta comerciales, programas de pérdida de peso y cualquier servicio relacionado con dichos planes o programas. <p>Aviso: Tu empleador puede participar en otros programas de incentivos para el bienestar y la mejora de la salud ofrecidos por Harvard Pilgrim. Revisa todos los documentos de tu plan para conocer la cantidad de incentivos, si los hubiere, disponibles en tu plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se indica que se debe proveer un servicio en un centro de excelencia, no se brindará cobertura en virtud de este Manual si ese servicio se recibe de un proveedor que no ha sido designado como un centro de excelencia. • Terapias nutricionales o estéticas con vitaminas, minerales o elementos, y otras terapias centradas en la nutrición. Por ejemplo, suplementos, electrolitos y alimentos de cualquier tipo (incluidos los alimentos con alto contenido de proteínas y los alimentos bajos en carbohidratos). • Exámenes físicos y pruebas para seguros, licencias o empleos. • Servicios para miembros que son donantes para no miembros, excepto lo que se describe en los Servicios de trasplante de órganos humanos. • Pruebas de procesamiento auditivo central. • Capacitaciones grupales sobre la diabetes, programas educativos o campamentos.
<p>Proveedores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargos por servicios provistos después de la fecha de finalización de tu membresía, excepto cuando lo exija la ley de Maine. • Cargos por cualquier producto o servicio, incluidos, entre otros, honorarios profesionales, equipos médicos, medicamentos y cargos de hospitales u otros centros, que estén relacionados con cualquier atención que no constituya un beneficio cubierto. • Cargos por citas a las que no asististe. • Honorarios del servicio de conserjería. (Consulta el Manual de Beneficios del plan para obtener más información). • Atención de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias, a menos que sea proporcionada o gestionada por tu PCP o proveedor primario de cuidados médicos directo. • Cargos por hospitalización luego del alta hospitalaria. • Cargos del proveedor por presentar una reclamación o por transcribir o copiar tus registros médicos. • Servicios o suministros provistos por alguna de las siguientes personas: (1) cualquier persona relacionada contigo por sangre, matrimonio o adopción, o (2) cualquier persona que normalmente viva contigo.

Esta lista de exclusiones no es vinculante y se ofrece exclusivamente con fines informativos. Consulta el Manual de Beneficios y el Programa de Beneficios.

Exclusión
Reproducción <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier forma de maternidad sustituta o servicios para una madre de alquiler que no sean servicios de maternidad cubiertos. • Medicamentos para tratar la infertilidad si el miembro no está en un ciclo de tratamiento de la infertilidad autorizado por el plan. • Medicamentos para tratar la infertilidad si los servicios para la infertilidad no constituyen un beneficio cubierto. • Medicamentos para tratar la infertilidad que deben adquirirse en una farmacia para pacientes ambulatorios, a menos que tu plan incluya la cobertura de farmacia para pacientes ambulatorios. • Tratamientos para la infertilidad para los miembros que no son infértiles por razones médicas. • Tratamiento contra la infertilidad, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Reversión de la esterilización voluntaria (incluido cualquier servicio para la infertilidad relacionado con la esterilización voluntaria o su reversión). • Recolección, congelamiento y almacenamiento de espermatozoides, excepto cuando el tratamiento contra la infertilidad figure específicamente como un beneficio cubierto. • Identificación de espermatozoides cuando no sea médicamente necesaria (por ejemplo, identificación del sexo). • Los siguientes cargos: cargos de la lista de espera, cargos no médicos, gastos de envío y administración, etc. • Esterilización voluntaria, incluidas la ligadura de trompas y la vasectomía, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Interrupción voluntaria del embarazo, a menos que sea necesaria para preservar la vida o la salud de la miembro o a menos que figure específicamente como un beneficio cubierto.
Servicios provistos por otro plan <ul style="list-style-type: none"> • Costos de cualquier servicio por el que tengas derecho a recibir tratamiento a cuenta del Gobierno, incluidas las discapacidades relacionadas con el servicio militar. • Costos de los servicios cubiertos por la responsabilidad de terceros y por otra cobertura de seguro y costos que deben ser cubiertos por un plan de compensación del trabajador o un empleador en virtud de la ley estatal o federal, a menos que se haya presentado una notificación de controversia ante la Junta de Compensación del Trabajador que refute la relación de la condición del reclamante con el trabajo y la Junta no haya tomado una decisión.
Telemedicina <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telemedicina por correo electrónico o fax. • Servicios de telemedicina por teléfono solo con audio, excepto cuando la telemedicina no esté tecnológicamente disponible en un momento programado y sea apropiada por razones médicas para los correspondientes servicios médicos cubiertos. • Honorarios del proveedor por los costos técnicos de la prestación de servicios de telemedicina.
Servicios de salud para personas transgénero <ul style="list-style-type: none"> • Abdominoplastia. • Exfoliaciones químicas. • Inyecciones de colágeno. • Dermoabrasión. • Electrólisis o depilación láser (para todas las indicaciones, excepto cuando se requiera como preoperatorio para la cirugía genital). • Trasplante de cabello. • Implantes (por ejemplo, mejillas, pantorrillas, pectorales o glúteos). • Liposucción. • Reducción o aumento de labios. • Paniclectomía. • Eliminación de exceso de piel. • Reversión de los servicios médicos para personas transgénero, y todos los medicamentos y procedimientos relacionados. • Inyecciones de silicona (por ejemplo, para el aumento de senos). • Servicios de salud para personas transgénero y todos los medicamentos y procedimientos relacionados para grupos autoasegurados, a menos que estén cubiertos por una cláusula adicional. • Terapia/Cirugía de modificación de la voz.
Tipos de atención <ul style="list-style-type: none"> • Atención supervisada. • Descanso o atención domiciliaria. • Todos los gastos institucionales que superen la tarifa de habitación semiprivada, excepto cuando una habitación privada sea necesaria por razones médicas. • Programas o clínicas para el manejo del dolor. • Programas de acondicionamiento físico, como el entrenamiento atlético, la musculación, el ejercicio, la aptitud física, la flexibilidad y la diversión o la motivación general. • Atención de enfermería privada. • Clínicas de medicina deportiva. • Rehabilitación vocacional o evaluaciones vocacionales para la adaptación al trabajo, la inserción laboral o la terapia para recuperar una función para una actividad específica.
Vista y audición <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos, lentes de contacto y accesorios, excepto cuando se indiquen en el <i>Manual de Beneficios</i> del plan y cualquier cláusula relacionada. • Audífonos de venta libre. • Cirugía ocular refractiva, que incluye, entre otras cosas, la cirugía LASIK, la ortoqueratología y el implante de lentes para corregir la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo naturales. • Exámenes de la vista de rutina, excepto cuando se indiquen específicamente como un beneficio cubierto.

Exclusión

Todas las demás exclusiones

- Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con un beneficio no cubierto.
- Cualquier servicio, suministro o medicamento si hay un beneficio cubierto menos intensivo o una alternativa más rentable que pueda brindarse de forma segura y eficaz.
- Cualquier servicio, suministro o medicamento requerido por un tercero que no sea médicamente necesario (algunos ejemplos de terceros son un empleador, una compañía de seguros, una escuela o un tribunal).
- Cualquier servicio o suministro (a excepción de lentes de contacto) adquirido a través de Internet.
- Servicios de belleza o peluquería.
- Cualquier medicamento u otro producto obtenido en una farmacia para pacientes ambulatorios, excepto los suministros de farmacia cubiertos por el beneficio para servicios de diabetes, a menos que tu plan incluya la cobertura de farmacia para pacientes ambulatorios.
- Sustitución de los equipos para la diabetes cuando se deba exclusivamente al vencimiento de la garantía del fabricante.
- Leche materna donada o almacenada.
- Alimentos o suplementos nutricionales, incluidos, entre otros, los alimentos médicos aprobados por la FDA que se obtienen mediante receta médica, excepto cuando lo exija la ley y se receten a los miembros que cumplan las políticas de HPHC para la alimentación enteral por sonda.
- Servicios para huéspedes.
- Equipos, dispositivos o suministros médicos, excepto como se indica en este Manual de Beneficios.
- Servicios médicos que se proveen a los miembros que están recluidos o internados en una cárcel, centro correccional, prisión o centro de custodia del Departamento de Servicios para la Juventud.
- Servicios para no miembros.
- Servicios para los cuales no habría costo en ausencia de un seguro.
- Servicios para los que no se provee cobertura en el Manual de Beneficios del plan, en el Programa de Beneficios ni en el Folleto de Medicamentos Recetados.
- Servicios que no son médicamente necesarios.
- Servicios que tu PCP o un proveedor del plan no ha provisto, organizado o aprobado, excepto como se describe en el *Manual de Beneficios* del plan.
- Impuestos o tasaciones gubernamentales sobre servicios o suministros.
- Transporte que no sea en ambulancia.
- Aires acondicionados, purificadores y filtros de aire, deshumidificadores y humidificadores.
- Sillas de seguridad para automóviles.
- Sillas, sillas de baño, sillas para comer, sillas para niños pequeños, sillas elevadoras, sillones reclinables.
- Carritos eléctricos (scooters).
- Equipos para hacer ejercicio.
- Modificaciones en el hogar que incluyen, entre otras cosas, ascensores, barandillas y rampas.
- Tinas, jacuzzis, saunas o tinas de hidromasaje.
- Colchones.
- Sistemas de alerta médica.
- Camas motorizadas.
- Almohadas.
- Vehículos eléctricos para discapacitados.
- Salvaescaleras y elevadores para sillas.
- Cohechitos para bebés.
- Equipos de seguridad.
- Modificaciones de vehículos que incluyen, entre otras cosas, los elevadores de furgonetas.
- Teléfonos.
- Televisores.