

Programa de Beneficios

HPHC Insurance Company, Inc.

PPO

MAINE

Este programa de beneficios es un resumen de tus beneficios cubiertos. Informa los límites de beneficios que se aplican a tu plan. Para conocer más detalles sobre los beneficios cubiertos, consulta el Manual de Beneficios. También muestra los montos de los costos compartidos del miembro. Tu costo compartido del miembro puede incluir un deducible, coseguros y copagos. Consulta los cuadros a continuación para conocer más detalles.

Hay dos niveles de cobertura: dentro y fuera de la red.

La cobertura **dentro de la red** se aplica cuando usas un proveedor del plan para los beneficios cubiertos.

La cobertura **frente a la red** se aplica cuando usas un proveedor que no pertenece al plan para los beneficios cubiertos. Si un proveedor que no pertenece al plan te cobra más que el monto permitido, debes pagar el exceso.

En una emergencia médica, dirígete al centro de emergencias más cercano. También puedes llamar al 911 (o al número de emergencias local). Tu costo compartido del miembro para la sala de emergencias se incluye en los siguientes cuadros.

Autorización previa

Algunos beneficios cubiertos requieren una autorización previa. Si usas un proveedor que pertenece al plan dentro del área de servicio, solicitará la autorización previa por ti. Antes de atenderte con un proveedor que no pertenece al plan o con un proveedor que pertenece al plan, pero que está fuera del área de servicio, consulta la lista de beneficios que requieren autorización previa.

Para obtener una autorización previa, llama a los siguientes números:

- **1-800-708-4414** para servicios médicos
- **1-888-333-4742** para fármacos médicos
- **1-800-708-4414** para tratamientos de la salud mental y de los trastornos por consumo de sustancias

Consulta el Manual de Beneficios para conocer más detalles Visita nuestro sitio web, www.harvardpilgrim.org o contáctate con Servicios para Miembros al **1-888-333-4742** para obtener una lista detallada de los servicios que solicitan una autorización previa.

Pautas sobre necesidades médicas

Usamos criterios de revisión clínica para evaluar si determinados servicios o procedimientos son médicaamente necesarios para tu atención. Para obtener las Pautas de Necesidades Médicas, tú o tu proveedor pueden llamar a Servicios para Miembros al **1-888-333-4742** o visitar www.harvardpilgrim.org.

Niveles de costos compartidos de las visitas al consultorio

El costo compartido de las visitas al consultorio puede incluir copagos, coseguros o deducibles. Hay dos tipos de costo compartido de las visitas al consultorio dentro de la red que se aplican a tu plan:

- un nivel de costo compartido más bajo, conocido como "Nivel 1"; y
- un nivel de 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:

- Proveedores Primarios de Cuidados Médicos (PCP)
- Obstetras y ginecólogos
- Profesionales de la salud mental con licencia
- Enfermeros parteros certificados
- Enfermeros practicantes que facturan de forma independiente

El Nivel 2 se aplica a los servicios profesionales para pacientes ambulatorios cubiertos que prestan los especialistas.

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

Acceso a servicios de menor precio

Lo que pagues a un proveedor que no pertenece al plan podría ser elegible para acreditarse como tu deducible y gasto máximo directo del bolsillo.

Visita HPHConnect para obtener más información sobre este programa.

Beneficios cubiertos

Tus beneficios cubiertos se administran en función del año calendario. Tu costo compartido del miembro dependerá del tipo de servicio y de dónde se preste, tal como se indica en este Programa de Beneficios. Por ejemplo:

- Para servicios prestados por 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".
- Para la atención de pacientes hospitalizados, consulta "Hospital: servicios como paciente hospitalizado".
- Para cirugías ambulatorias, consulta "Cirugías: pacientes ambulatorios".

Los servicios a domicilio tendrán el mismo costo compartido del miembro que los que se reciben en un consultorio o 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: Coseguros y copagos	Costo compartido del miembro:
	Consulta el siguiente cuadro de beneficios

Características generales del costo compartido:	Costo compartido del miembro:	
Deductible		
	\$4,000 por miembro por año calendario \$8,000 por familia por año calendario	\$8,000 por miembro por año calendario \$16,000 por familia por año calendario
Los montos de los deducibles dentro de la red y fuera de la red son independientes y no se acumulan entre sí.		
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.		
Transferencia del deducible		
Tu plan tiene una transferencia del deducible. Los montos deducibles que pagaste 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. Cualquier cargo que supere el monto permitido y cualquier multa por no recibir la aprobación previa cuando se recurre a proveedores que no pertenecen al plan no se aplican al gasto máximo directo del bolsillo.	\$6,600 por miembro por año calendario \$13,200 por familia por año calendario	\$12,000 por miembro por año calendario \$20,000 por familia por año calendario
Los montos del gasto máximo directo del bolsillo dentro de la red y fuera de la red son independientes y no se acumulan entre sí.		
Pago de multas por atención fuera de la red		
Se aplica cuando el miembro no obtiene la autorización previa requerida para recibir servicios de un proveedor que no pertenece al plan. No cuenta para el deducible ni el gasto máximo directo del bolsillo.	\$500	

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Tratamiento de acupuntura		
– Límite de 20 visitas por año calendario	Copago de \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Traslado en ambulancia y transporte médico		
Traslado de emergencia en ambulancia	Coseguro del 20 %	Igual que dentro de la red
Traslado en ambulancia aérea que no sea de emergencia	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Igual que dentro de la red
Transporte para la atención médica que no sea de emergencia	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Tratamiento para trastornos del espectro autista		
Análisis conductual aplicado	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 \$30 por visita	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Quimioterapia y radioterapia		
Quimioterapia	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Radioterapia	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Atención quiropráctica		
– Límite de 40 visitas por año calendario	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Servicios dentales		
Aviso importante: la cobertura de los servicios dentales 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)	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Diálisis		
	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Equipo médico duradero		
Equipo médico duradero, incluidos los dispositivos ortopédicos descritos en el Manual de Beneficios	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Glucómetros, dispositivos de infusión y bombas de insulina (incluidos los suministros)	Sin cargo	Sin cargo
Oxígeno y equipo respiratorio	Sin cargo	Deducible; luego, coseguro del 40 %
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 \$50 por visita	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Hospitalización de emergencia		
	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Igual que dentro de la red
Atención en la sala de emergencias		
	Copago de \$250 por visita	Igual que dentro de la red
Este copago está exento si (1) eres trasladado a los servicios de observación o de cirugía para pacientes ambulatorios, o si (2) eres 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.		

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Tratamiento de fertilidad (consulta el Manual de Beneficios para conocer más detalles)		
	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Audífonos		
– Límite de \$3,000 por audífono cada 36 meses, por cada oído con problemas de audición	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Atención médica a domicilio		
	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
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		
	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Hospital: servicio como paciente hospitalizado		
Atención hospitalaria aguda, incluidas transfusiones de sangre y terapia inhalatoria	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Atención de maternidad para pacientes hospitalizadas	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Atención de rutina para pacientes hospitalizados en la sala de recién nacidos	Coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
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	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; 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	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; 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	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Pruebas genéticas	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Radiología	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Ecografía mamaria	Sin cargo	Deductible; luego, coseguro del 40 %

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
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	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
IRM de mama	Sin cargo	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Otros servicios de diagnóstico (incluidas las pruebas de alergia)	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Alimentos bajos en proteínas		
– Límite de \$3,000 por año calendario	Sin cargo	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Atención de maternidad: pacientes ambulatorias		
Atención prenatal y posparto de rutina para pacientes ambulatorias	Sin cargo	Deducible; luego, coseguro del 40 %
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	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Fármacos médicos que se administran en el hogar	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
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; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Los servicios intermedios que incluyen tratamiento residencial agudo, hospitalización parcial y programas ambulatorios intensivos.	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias (continuación)		
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 \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
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 \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
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 \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
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 \$30 por semana Aviso: la primera semana es elegible para la exención del copago de la visita inicial con un profesional de salud mental autorizado. En el caso del mantenimiento con metadona, una semana contará como una visita.	Deductible; luego, coseguro del 40 %

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Tratamientos de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias (continuación)		
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; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
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 \$30 por visita	Deducible; luego, coseguro del 40 %
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 \$30 por visita	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Servicios de observación		
	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Igual que dentro de la red
Suministros para ostomía		
	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales (esto incluye a todos los proveedores 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	Deducible; luego, coseguro del 40 %
No todos los servicios dentro de la red 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.		

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales (esto incluye a todos los proveedores cubiertos, a menos que se indique lo contrario en este Programa de Beneficios) (continuación)		
Consultas, evaluaciones, atención de enfermedades y lesiones	<p>PCP: Sin costo compartido del miembro para la primera visita por año calendario con un PCP. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: Nivel 1: Copago de \$30 por visita</p> <p>Todos los demás proveedores: Nivel 1: copago de \$30 por visita Nivel 2: Copago de \$50 por visita</p>	Deducible; 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 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	Deducible; luego, coseguro del 20 %	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Administración de inyecciones para alergias	Copago de \$30 por visita	Deducible; luego, coseguro del 40 %
Pruebas y servicios preventivos		
	Sin cargo	Deducible; luego, coseguro del 40 %
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	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
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	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Dispositivos protésicos		
Dispositivos protésicos (que no sean para brazos y piernas)	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Prótesis de brazos y piernas	Coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Servicios de rehabilitación y habilitación: pacientes ambulatorios		
Rehabilitación cardíaca	Copago de \$50 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Terapia de rehabilitación pulmonar	Copago de \$50 por visita	Deductible; 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	Copago de \$50 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Fisioterapia – Límite de 60 visitas por año calendario; los límites de la terapia ocupacional, física y del habla se combinan	Copago de \$50 por visita	Deductible; 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	Copago de \$50 por visita	Deductible; 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		
Endoscopia y sigmoidoscopia	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Colonoscopia	Sin cargo	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Cirugía: pacientes ambulatorios		
	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
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 visitas virtuales de telemedicina: pacientes ambulatorios	<p>PCP: Sin costo compartido del miembro para la primera visita por año calendario con un PCP. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: Nivel 1: Copago de \$30 por visita</p> <p>Todos los demás proveedores: Nivel 1: copago de \$30 por visita Nivel 2: Copago de \$50 por visita</p>	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Para la atención de pacientes hospitalizados, consulta el apartado "Hospital: servicios como paciente hospitalizado" para obtener información sobre los costos compartidos.		
Servicios de atención de urgencia		
Doctor on Demand	Copago de \$30 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 \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Centro de atención de urgencia	Copago de \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Centro hospitalario de atención de urgencia	Copago de \$50 por visita	Deductible; 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)".		
Servicios de la vista		
Cuidado de la vista de urgencia	<p>PCP: Sin costo compartido del miembro para la primera visita por año calendario con un PCP. Después de la primera visita, se aplica el siguiente costo compartido: Nivel 1: Copago de \$30 por visita</p> <p>Todos los demás proveedores: Nivel 1: copago de \$30 por visita Nivel 2: Copago de \$50 por visita</p>	Deductible; luego, coseguro del 40 %

Beneficio	Costo compartido del miembro para proveedores del plan dentro de la red	Costo compartido del miembro para proveedores que no pertenecen al plan fuera de la red
Servicios de la vista		
Exámenes oftalmológicos de rutina para adultos: límite de 1 examen por año calendario	Copago de \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Exámenes oftalmológicos de rutina pediátricos: límite de 1 examen por año calendario	Copago de \$30 por visita	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Dispositivos para la vista para afecciones especiales	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Esterilización voluntaria en el consultorio del médico		
	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Interrupción voluntaria del embarazo: pacientes ambulatorias		
	Sin cargo	Deductible; luego, coseguro del 40 %
Pelucas y prótesis capilares		
– Límite de \$350 por año calendario (consulta el Manual de Beneficios para obtener más detalles)	Deductible; luego, coseguro del 20 %	Deductible; luego, coseguro del 40 %

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 pale 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 (телефайп: 711).

العربية (Arabic)
إنتبهوا، إذا كنت تكلم اللغة العربية ، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على ١ ٨٨٨-٣٣٣-٤٧٤٢ (TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian) ក្រសួងបច្ចេកទេស: ពាណិជ្ជកម្មការិយាយភាសាខ្មែរ; នគរបាលនគរបាលអគ្គនាយកដ្ឋាន នគរបាលអគ្គនាយកដ្ឋាន ទូរសព្ទ 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 देजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता मुफ्त में उपलब्ध है।
जानकारी के लिये फोन करें 1-888-333-4742 (TTY: 711)

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

ພາສັກລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາວຳ ວາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາວຳ, ໄດ້ລັບເຈັ້ງຄ່າ, ດ້ວຍມີຜົນໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 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, comúncate 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

HPHC Insurance Company, 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 <p>No se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <p>Partos planificados en el hogar. Servicios prestados por una doula.</p>

Exclusión
Cuidado de la salud mental
<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 recluidos 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.
Aspecto físico
<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.
Procedimientos y tratamientos
<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. 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. • 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). • 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. • 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.
Proveedores
<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 <i>Manual de Beneficios</i> del plan para obtener más información). • 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.

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 infériles 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 espermas, excepto cuando el tratamiento contra la infertilidad figure específicamente como un beneficio cubierto. • Identificación de espermatozoides cuando no sea médicaamente 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. • Reversión de los servicios médicos para personas transgénero, y todos los medicamentos y procedimientos relacionados. • Implantes (por ejemplo, mejillas, pantorrillas, pectorales o glúteos). • Liposucción. • Reducción o aumento de labios. • Paniculectomía. • Eliminación de exceso de piel. • Inyecciones de silicona (por ejemplo, para el aumento de senos). • Terapia/Cirugía de modificación de la voz. • 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. • Reembolso por gastos de traslados.
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 que sea requerido por un tercero y que no sea médicaamente necesario (un tercero puede ser 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, en el Programa de Beneficios ni en el Folleto de Medicamentos Recetados. • Servicios que no son médicaamente necesarios. • 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.
- Cochecitos para bebés. • Equipos de seguridad. • Modificaciones de vehículos que incluyen, entre otras cosas, los elevadores de furgonetas. • Teléfonos. • Televisores.