



BlueCross BlueShield  
of Texas

**UT CARE™**

## **The University of Texas System**

# **Anexo de Beneficios de la Evidencia de Cobertura**

**Del 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023**

**Anexo de Beneficios de la Evidencia de Cobertura del 2023**

**Índice**

**Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)* ..... 2**

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos ..... 2

SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará ..... 2

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ..... 42

---

## **Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**

---

---

### **SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos**

---

<b>Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?</b>
------------------------------------------------------

Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.

<b>Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted debe pagar de sus gastos de bolsillo cada año por servicios médicos que forman parte y no forman parte de los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. A continuación, se muestra la mayor parte de su capacidad para pagar los gastos de bolsillo por los servicios incluidos que forman y no forman parte de la red.

Su monto máximo de gasto de bolsillo combinado es \$0. Este es el monto máximo que paga durante el año natural por los servicios cubiertos por el plan recibidos tanto de proveedores de la red como fuera de ella. Los montos que paga por deducibles (si su plan cuenta con un deducible), copagos y coseguro por servicios incluidos cuentan para el cálculo de este monto máximo de bolsillo combinado. Los montos que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se contabilizan para el cálculo del gasto máximo de su bolsillo para servicios médicos. Además, los montos que paga por algunos servicios, como beneficios complementarios y medicamentos que no son de la Parte D de Medicare, no se aplican al cálculo del gasto máximo de su bolsillo combinado. Si pagó \$0 por los servicios incluidos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios incluidos. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

---

### **SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará**

---

<b>Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan</b>
--------------------------------------------------------------------------

Consulte también la Sección 2.1 del Capítulo 4 del documento de la Evidencia de


**UT CARE™ Medicare PPO**

Cobertura para obtener más información.




**Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención en la tabla de beneficios.**



**Tabla de Beneficios Médicos**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Acupuntura para dolor lumbar crónico</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor con una duración de 12 semanas o más.</li> <li>• No específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</li> <li>• No está asociado con una intervención quirúrgica.</li> <li>• No está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare.</p>



**UT CARE™ Medicare PPO**



<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan.</li> <li>• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p>Los gastos compartidos se aplican a cada viaje de ida.</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de transportación de ida aéreo cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de transportación de ida aéreo cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Examen físico anual</b></p> <p>El examen físico de rutina de una persona es una evaluación exhaustiva de la atención médica preventiva y de gestión, que incluye un historial apropiado para la edad y el sexo, un examen práctico y orientación anticipatoria/intervenciones para la reducción de los factores de riesgo.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago para un examen físico de rutina anual.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago para un examen físico de rutina anual.</p>
<p> <b>Consulta preventiva anual</b></p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Nota:</b> Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya asistido a una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de tener la Parte B durante 12 meses.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Mediciones de masa ósea</b></p> <p>Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.</li> <li>• Un examen clínico de mamas cada 24 meses.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago de por servicios de rehabilitación cardíaca</p>


**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p> <p>Un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones por 36 semanas.                      Límite de 36 por año.                      Rehabilitación Cardíaca Intensiva cubierta por Medicare de hasta 72 sesiones por año</p>	<p>intensivos cubiertos por Medicare</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago de por servicios de rehabilitación cardíaca intensivos cubiertos por Medicare</p>
<p> <b>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su profesional de la salud primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Detección de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres, se cubren pruebas de Papanicolaou y exploración ginecológica una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo incluimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><i>Servicios quiroprácticos suplementarios:</i></b></p> <p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de hasta por 35 consultas quiroprácticas suplementarias de rutina cada año.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>



**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT, en inglés)</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés)</li> </ul> <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección por colonoscopia (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección por colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopia.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de por un examen de detección del cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para medir la glucosa en sangre, medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.</li> <li>• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos ortopédicos a medida por año natural (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Suministros para personas diabéticas cubiertos por Medicare: copago de 0%</p> <p>0% del costo total por zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos incluidos en Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de entrenamiento de automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Suministros para personas diabéticas cubiertos por Medicare: 0% del costo total</p> <p>0% del costo total por zapatos o insertos terapéuticos para</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>diabéticos incluidos en Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de entrenamiento de automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(La definición de “equipo médico duradero” se incluye en el Capítulo 10 y en el Capítulo 3, Sección 7 del documento de Evidencia de Cobertura).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es el adecuado para su problema médico. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 7, <i>Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago para equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago para equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno para Medicare es de [Insertar el monto del copago o el porcentaje de coseguro], cada [Insertar la frecuencia de pago requerida].</p> <p><b>Se requiere autorización si el costo es superior a \$2,500.</b></p>


**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia.</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de atención médica inmediata o de emergencia en el extranjero están cubiertos.</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada consulta en la sala de emergencias incluida en Medicare</p> <p>El costo compartido se exime si el paciente es admitido en un plazo de tres días por la misma afección.</p> <p><b><u>Cobertura en el extranjero</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de emergencia en todo el mundo. Sin límite anual.</p>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Está cubierto por un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes<sup>1</sup>. Tiene acceso a los instructores que dirigen clases de ejercicio grupal especialmente diseñadas<sup>2</sup>. En los centros participantes de todo el país<sup>1</sup>, puede tomar clases<sup>2</sup> y utilizar equipos de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques).</p> <p>SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live,</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago para este programa de bienestar.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GOTM. Todo lo que necesita para comenzar es su número de asegurado de SilverSneakers. Visite <a href="http://SilverSneakers.com">SilverSneakers.com</a> para averiguar más acerca de su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las ubicaciones participantes (PL, en inglés) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni están operadas por Tivity Health, Inc. ni sus afiliadas. El uso de centros y servicios de las PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y los servicios varían según la PL.</li> <li>2. La membresía incluye <a href="#">clases de acondicionamiento físico grupales</a> guiadas por instructores de SilverSneakers. <a href="#">Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los asegurados. Las clases varían según la ubicación.</a></li> </ol> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.</p> <p>Cubrimos los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios incluidos de Medicare</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><i>Servicios cubiertos por Medicare:</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p><b><i>Cobertura del examen de audición suplementario:</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>\$0 de copago por 1 examen de audición de rutina por año.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de por 1 examen de audición de rutina cada año.</p> <p><b><i>Cobertura suplementaria para audífonos:</i></b></p> <p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b></p> <p>\$1,000 de asignación por oído dentro de la red y fuera de la red para audífonos cada 3 años</p>
<p> <b>Examen de detección de HIV</b></p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de HIV o que tienen mayor riesgo de una infección por HIV, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para mujeres que están embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del HIV cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</b></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes:</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	
<p><b>Terapia de infusiones en el hogar</b></p> <p>El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención</li> <li>• El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios profesionales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>0% del costo total por medicamentos para infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios profesionales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>0% del costo total por medicamentos para infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor</li> <li>• Servicios de cuidado de respiro a corto plazo</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul> <p>Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; y si decide hacerlo, debe continuar pagando las primas correspondientes.</p> <p><u>Para servicios de cuidados paliativos y servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por dichos servicios y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará la distribución de costos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que cuentan con la cobertura de Medicare Parte A o B y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son de</p>	<p>paliativo certificado por Medicare, Original Medicare y no UT CARE™ Medicare PPO efectúa el pago de los cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>



**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>emergencia ni requeridos urgentemente que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si acude a un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como, por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si recibe servicios incluidos por un proveedor que forma parte de la red y sigue las normas para obtener estos servicios, solamente paga el monto de gastos compartidos del plan para servicios dentro de la red.</li> <li>• Si recibe servicios incluidos de parte de un profesional que no forma parte de la red, solamente paga la suma de gastos compartidos del plan por los servicios que no forman parte de la red.</li> </ul> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por UT CARE™ Medicare PPO, pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B: UT CARE™ Medicare PPO continuará cubriendo los servicios incluidos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, más allá de que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> <b>Inmunizaciones</b></p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la Hepatitis B y el COVID-19.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>


**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B.</li> <li>• Vacuna contra el COVID-19.</li> <li>• Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B.</li> </ul>	
<p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	
<p><b>Atención en hospital para pacientes internados</b></p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p> <p>El plan cubre una cantidad ilimitada de días por período de beneficio.</p> <p>Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina.</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios).</li> <li>• Medicamentos y medicinas.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>• Costos de quirófano y habitación de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li> <li>• Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias.</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital.</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Copago de \$0 por estadía</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Copago de \$0 por estadía</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados en un hospital que no forma parte de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo son los gastos compartidos que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Blue Cross Group Medicare Advantage Open Access (PPO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</li> <li>• Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada.</li> <li>• Servicios de médico.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o no hospitalizado? Si tiene Medicare:</p>	

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>¡Pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital general.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> \$0 copago de por estadía</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> \$0 copago de por estadía</p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año de forma posterior. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b> \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
 <p><b>Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria.</li> <li>• Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento.</li> </ul>	<p>Los medicamentos de la Parte B <b><i>pueden</i></b> estar sujetos a terapia escalonada.</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>0% del costo total por medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare.</p> <p>0% del costo total por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>0% del costo total por medicamentos para quimioterapia cubiertos por Medicare.</p> <p>0% del costo total por otros medicamentos de Medicare Parte B.</p> <p><b><i>Es posible que se requiera autorización previa y/o terapia escalonada.</i></b></p>

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antígenos.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos.</li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa).</li> <li>• Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li> </ul> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada [insert link]</p> <p>Para obtener una lista de medicamentos de la Parte B que pueden someterse a una terapia escalonada, póngase en contacto con Servicio al Cliente.</p> <p>También se cubren otras vacunas conforme a nuestros beneficios de medicamentos con receta de la Parte B.</p> <p>En el Capítulo 5 del documento de Evidencia de Cobertura, se explican los beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestra cobertura.</p>	
 <p><b>Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su profesional de la</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>salud primaria o proveedor médico para averiguar más datos.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, en inglés), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de Estados Unidos.</li> <li>• Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde).</li> <li>• Asesoramiento sobre el uso de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas de toxicología.</li> <li>• Actividades de admisión.</li> <li>• Pruebas periódicas.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</b></p> <p>Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p><b>Servicios de radiografías ambulatorias cubiertos por Medicare:</b></p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Servicios radiológicos terapéuticos para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare</b> (como el tratamiento de radiación contra el cáncer):</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de la sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Tiene que pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que la sangre sea donada por usted o alguien más. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.</li> </ul>	<p>\$0 de copago</p> <p><b>Suministros médicos cubiertos de Medicare:</b></p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare:</b></p> <p>\$0 de copago</p>
<p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización.</b></p>	<p><b>Servicios de sangre para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare:</b></p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Procedimientos de diagnóstico/pruebas adicionales cubiertos por Medicare:</b></p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Servicios de radiología diagnóstica para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare</b> (como las resonancias magnéticas nucleares y las tomografías computarizadas):</p> <p>\$0 de copago</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p><b>Servicios de radiografías ambulatorias cubiertos por Medicare:</b></p> <p>\$0 de copago</p>



**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p><b>Servicios radiológicos terapéuticos para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare</b> (como el tratamiento de radiación contra el cáncer): \$0 de copago</p> <p><b>Suministros médicos cubiertos de Medicare:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Servicios de laboratorio para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Servicios de sangre para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Procedimientos de diagnóstico/pruebas adicionales cubiertos por Medicare:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Servicios de radiología diagnóstica para pacientes no hospitalizados cubiertos por Medicare</b> (como las resonancias magnéticas nucleares y las tomografías computarizadas): \$0 de copago</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados</b></p> <p>Los servicios de observación son un servicio de hospital para pacientes no hospitalizados que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes no hospitalizados.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente no hospitalizado y debe pagar el monto de los costos compartidos por servicios de atención hospitalaria para pacientes no hospitalizados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o no hospitalizado? Si tiene Medicare: ¡Pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes no hospitalizados de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes no hospitalizados, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como férulas y yesos.</li> <li>• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente no hospitalizado y debe pagar el monto de los costos compartidos por servicios de atención hospitalaria para pacientes no hospitalizados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o no hospitalizado? Si tiene Medicare: ¡Pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar</p>	<p>\$0 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	
<p><b>Atención médica mental ambulatoria</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por consultas individuales con un psiquiatra cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta virtual con un psiquiatra a través de MDLive.</p> <p>\$0 de copago por consultas grupales con un psiquiatra cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por consultas individuales con un especialista en salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta virtual con un especialista en salud mental a través de MDLive.</p> <p>\$0 de copago por consultas grupales con un especialista en salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por consultas individuales con un psiquiatra cubiertas por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>\$0 de copago por consultas grupales con un psiquiatra cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por consultas individuales con un especialista en salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por consultas grupales con un especialista en salud mental cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes no hospitalizados, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de terapia física, del idioma y del habla cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de terapia física, del idioma y del habla cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b></p> <p>La cobertura conforme a Medicare Parte B está disponible para los servicios de tratamientos que son proporcionados por el departamento ambulatorio del hospital a los pacientes que, por ejemplo, recibieron el</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por el tratamiento individual para el abuso de sustancias para pacientes no</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>alta de su hospitalización para el tratamiento del abuso de sustancias o que necesitan un tratamiento, pero no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que solo se encuentran en un contexto de una internación en el hospital.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p>hospitalizados cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por el tratamiento grupal para el abuso de sustancias para pacientes no hospitalizados cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por el tratamiento individual por abuso de sustancias cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por el tratamiento grupal por abuso de sustancias cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes externos</b></p> <p><b>Nota:</b> En el caso de que se le realice una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar.</li> <li>• Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista.</li> <li>• Exámenes auditivos y de equilibrio básicos realizados por su especialista, si el médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Copago de \$0 por servicios médicos con un Médico de Atención Primaria cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios especializados cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare proporcionados por otros profesionales de la salud, como enfermeros</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental <b>si</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud</li> <li>◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li> <li>◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telemedicina para visitas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal</li> <li>• Se podrán realizar chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con una duración de 5 a 10 minutos con su doctor, <b>si se cumplen las siguientes condiciones</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No es un paciente nuevo.</li> <li>◦ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos siete días.</li> </ul> </li> </ul>	<p>profesionales, asistentes médicos, etc.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>\$0 de copago por servicios de atención médica básica por un médico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare proporcionados por otros profesionales de la salud, como enfermeros profesionales, asistentes médicos, etc.</p>




**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La revisión médica no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> <li>• Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su doctor, se llevará a cabo una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico en un plazo de 24 horas <b>en los siguientes casos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ No es un paciente nuevo.</li> <li>◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos siete días.</li> <li>◦ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por internet o a los registros electrónicos de salud.</li> <li>• Una segunda opinión de otro proveedor que forma parte de la red antes de una cirugía.</li> <li>• Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico).</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	


**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espón en el talón).</li> <li>• Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Enfermería para servicios privados</b></p> <p>La enfermería de servicio privado se brinda a las personas que necesitan atención especializada y requieren cuidados de enfermería individualizados, además de continuos las 24 horas que sean más intensos que lo que está disponible conforme al beneficio médico a domicilio.</p> <p>La enfermería de servicio privado (PDN, en inglés) no cubre los servicios prestados por asistentes médicos, auxiliares de enfermería, asistentes de atención médica a domicilio u otros cuidadores que no son enfermeros a nivel profesional ni se encuentran dentro del alcance de la práctica.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de (90 consultas por año)</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de (90 consultas por año)</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectal.</li> <li>• Examen de antígeno prostático específico (PSA, en inglés).</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.</p> <p>\$0 de copago por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	\$0 copago de por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
<p><b>Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de por prótesis cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 copago de por prótesis cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Se requiere autorización si el costo es superior a \$2,500.</b></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se detecta que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p>

**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:</i> el asegurado tiene que recibir una orden escrita para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un profesional de la salud primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión por parte de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida</li> <li>• Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3)</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por educación sobre enfermedades renales.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por educación sobre enfermedades renales.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales).</li> <li>• Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio)</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B”.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	
<p><b>Atención en centros de servicios de enfermería (SNF)</b></p> <p>(La definición de “atención en centros de servicios de enfermería” se incluye en el Capítulo 10 de este folleto. Los centros de servicios de enfermería a veces se denominan “SNF”).</p> <p>El plan cubre 180 días por período de beneficios. Los servicios incluidos comprenden, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación).</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0copago de por día, para los días del 1 al 20</p> <p>\$0copego de por día, para los días del 21 al 180</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0copego de por día, para los días del 1 al 20</p> <p>\$0copego de por día, para los días del 21 al 180</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y concentrada de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Servicios de médicos/proveedores médicos.</li> </ul> <p>En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta las sumas de pago establecidos de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.</li> </ul> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	
 <p><b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio de prevención sin costo para usted. Cada intento con</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p>

**UT CARE™ Medicare PPO**


<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	<p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)</b></p> <p>La Terapia de Ejercicio Supervisada (SET, en inglés) está cubierta para los asegurados que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, en inglés) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de dicha enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes no hospitalizados o en el consultorio de un médico.</li> <li>• Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD.</li> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por una terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la Red</u></b></p> <p>\$0 de copago por una terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.</p>



**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p> <p><b>Pueden aplicarse reglas de autorización</b></p>	
<p><b>Servicios complementarios de telesalud</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos servicios de telesalud incluyen la atención médica inmediata y los servicios de salud mental. Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.</li> <li>Este servicio de telesalud se ofrece a través de MDLive. Los miembros deberán completar el registro y se les pedirá que completen un cuestionario médico en la primera visita al portal MDLive. Puede comunicarse con MDLive al 1-888-680-8646 o visitar el sitio web de MDLive en <a href="http://www.mdlive.com">www.mdlive.com</a>. El acceso al servicio de telesalud se puede completar a través de una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono tradicional, y puede incluir video basado en la Web.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por atención urgente; \$0 de copago por salud mental ambulatoria; \$0 de copago por consulta ambulatoria para atención médica psiquiátrica a través de MDLive.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por atención urgente; \$0 de copago por salud mental ambulatoria; \$0 de copago por consulta ambulatoria para atención médica psiquiátrica a través de MDLive.</p>
<p><b>Servicios requeridos urgentemente</b></p> <p>Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no es de emergencia, imprevista, que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente necesarios prestados fuera de la red son</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta virtual a través de MDLive.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de atención médica inmediata o de emergencia en el extranjero están cubiertos.</p>	<p><b><u>Cobertura en el extranjero</u></b></p> <p>\$0 de copago por cada consulta.</p>
<p> <b>Cuidado de la vista</b></p> <p>Los servicios incluidos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen lo siguiente: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años y mayores e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años o mayores.</li> <li>• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).</li> </ul>	<p><b><i>Servicios cubiertos por Medicare:</i></b></p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un examen anual de detección del glaucoma.</p> <p>\$0 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un examen anual de detección del glaucoma.</p> <p>\$0 de copago por 1 par de anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p>
<p> <b>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre una consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios incluidos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario.  <b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando agende su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**

**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

En esta sección, se describen los beneficios “excluidos” de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre. Que un servicio esté “excluido” significa que este plan no cubre el servicio.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos. No pagaremos por los servicios médicos excluidos enumerados en la siguiente tabla, excepto bajo las condiciones específicas mencionadas. Única excepción: pagaremos en caso de que un servicio de la siguiente tabla sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 7, Sección 5.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
Acupuntura		✓

**UT CARE™ Medicare PPO**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		Cubiertos para el dolor lumbar crónico.
Cirugías o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme.</p> <p>Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.</p>
<p>Los cuidados de custodia son cuidados que se brindan en una residencia para ancianos, un centro de cuidado paliativo u otro centro, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante del personal médico o un paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y suministros experimentales</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica</p>

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según nuestro plan u Original Medicare.		aprobado por Medicare o por nuestro plan.  (Lea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Comidas a domicilio	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental no rutinario		✓  La atención odontológica requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico		✓  Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo o el calzado para personas con pie diabético.

**UT CARE™ Medicare PPO**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo en condiciones específicas</b>
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		✓ Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, rellenos o dentaduras postizas.	✓	
Exámenes de la vista rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		✓ Se cubre el examen de los ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que hayan atravesado una cirugía de cataratas.
Cuidado de los pies de rutina		✓ Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Exámenes de audición de rutina, aparatos auditivos o	✓	

**UT CARE™ Medicare PPO**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
exámenes para adaptar los aparatos auditivos.		
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las reglas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de soporte para los pies.		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.

Las coberturas PPO son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC) y GHS Insurance Company (GHSIC). Los planes PPO para grupos de empleados/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal. HCSC, HISC y GHSIC son concesionarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.







