

Programa de Beneficios

THE HARVARD PILGRIM FOCUS NETWORK - MA BEST BUY HSA HMO 2000
MASSACHUSETTS

Observaciones: este plan incluye una red de proveedores limitada denominada "Red Focus - MA". Este plan provee acceso a una red más pequeña que la red completa de proveedores de Harvard Pilgrim. En este plan, los miembros tienen acceso a los beneficios de la red solo de los proveedores de Focus Network - MA. Consulte el directorio de proveedores de Focus Network - MA o visite la herramienta de búsqueda de proveedores en www.harvardpilgrim.org para determinar qué proveedores están incluidos en Focus Network - MA.

En este Programa de Beneficios se indican los límites de beneficios y los montos de costo compartido del miembro que usted debe pagar por los beneficios cubiertos. Sin embargo, este es solo un resumen de sus beneficios. Consulte el Manual de Beneficios para conocer más detalles. El costo compartido del miembro puede incluir un deducible, un coaseguro y copagos. Consulte el siguiente cuadro para conocer más detalles.

Un proveedor del plan debe proveer los servicios través de nuestra Focus Network - MA. Focus Network - MA incluye dos grupos de proveedores: 1) proveedores de acceso fácil; y 2) proveedores de acceso autorizado. En cuanto a los servicios de atención primaria, lo que incluye medicina interna, medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología de rutina o atención preventiva o de rutina, debe obtener estos servicios de un Proveedor de Acceso Fácil. Si necesita atención de un especialista, debe ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que lo refiera a un especialista que sea un proveedor de acceso fácil. Para recibir los beneficios cubiertos de los proveedores de acceso autorizado designados, su PCP o especialista debe obtener la aprobación previa del plan. La aprobación previa se proveerá cuando se haya determinado que ningún proveedor de acceso fácil tiene la experiencia profesional necesaria para prestar los servicios requeridos. Estos requisitos no se aplican a la atención necesaria en caso de emergencia médica.

En una emergencia médica debe acudir al centro de emergencia más cercano o llamar al 911 o a otro número de acceso a emergencias local. No es necesario un referido de su PCP. El costo compartido del miembro para la sala de emergencias se incluye en los siguientes cuadros.

Pautas sobre las necesidades médicas

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

Niveles de costo compartido de las visitas al consultorio

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

El Nivel 1 se aplica a los servicios profesionales para pacientes externos cubiertos que se reciben de los siguientes tipos de proveedores: todos los proveedores de atención primaria (PCP), los obstetras y ginecólogos, los profesionales de la salud mental con licencia, las enfermeras parteras certificadas y las enfermeras practicantes que facturan de forma independiente.

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

Es posible que su plan tenga otros montos de costo compartido. Consulte el siguiente Cuadro de Beneficios para conocer los requisitos específicos de costos compartidos.

Beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos se administran en función del año del Plan. El año del Plan comienza en la fecha de aniversario de su empleador. Consulte el Manual de Beneficios para conocer más detalles. Si no conoce la fecha de aniversario de su empleador, póngase en contacto con la oficina de beneficios de su empleador o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-333-4742**. El costo compartido del miembro dependerá del tipo de servicio provisto y de la ubicación en la que se provee el servicio, tal como se indica en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, para los servicios provistos en el consultorio de un médico, consulte "Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales". Para los servicios provistos en la sala de emergencias de un hospital, consulte "Atención en la sala de emergencias", y para los procedimientos quirúrgicos para pacientes externos, consulte "Cirugía: pacientes externos".

Cuando reciba un servicio a domicilio (que no sea atención médica a domicilio), su costo compartido de miembro será el mismo que cuando el servicio se provee en un consultorio o un centro. Por ejemplo, si tiene una visita del médico a domicilio, consulte la sección "Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales". Si necesita una extracción de sangre a domicilio, consulte la sección "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico".

Características generales del costo compartido:		Costo compartido del miembro:
Coaseguro y copagos		Consulte el siguiente Cuadro de Beneficios
Deducible		
Los siguientes deducibles se aplican a todos los servicios, excepto cuando se indique específicamente a continuación.		\$2,000 para cobertura individual por año del Plan \$4,000 para cobertura familiar por año del Plan
Notificación importante: Si tiene cobertura individual, se aplica el deducible de la cobertura individual (nunca se aplicará el deducible de la cobertura familiar). Si tiene cobertura familiar, el deducible de la cobertura familiar puede alcanzarse por parte de cualquier combinación de los miembros de la familia que estén cubiertos (nunca se aplicará el deducible de la cobertura individual). Una vez alcanzado el deducible, la cobertura del Plan está sujeta a cualquier otro costo compartido del miembro que pudiera aplicarse.		
Desembolso máximo		
Incluye todo el costo compartido del miembro		\$4,000 para cobertura individual por año del Plan \$8,000 para cobertura familiar por año del Plan – con un desembolso máximo individual integrado de \$4,000 por año del Plan
Notificación importante: Si tiene cobertura individual, se aplica el desembolso máximo de la cobertura individual (nunca se aplicará el desembolso máximo de la cobertura familiar). Si tiene cobertura familiar, el desembolso máximo de la cobertura familiar se puede alcanzar de dos maneras:		
a. Si un miembro de una familia cubierta alcanza el desembolso máximo individual integrado, entonces ese miembro no tiene ningún costo compartido de miembro adicional durante el resto del año del Plan. b. Si cualquier cantidad de miembros de una familia cubierta por año del Plan alcanza en conjunto el desembolso máximo de la cobertura familiar, entonces todos los miembros de la familia cubierta no tienen un costo compartido de miembro adicional durante el resto del año del Plan. Ningún miembro de la familia puede aportar más que el monto del desembolso máximo individual integrado al desembolso máximo de la cobertura familiar.		

Beneficio	Costo compartido del miembro:
Tratamiento de acupuntura para lesiones o enfermedades	
	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Ambulancia y transporte médico	
Traslado de emergencia en ambulancia	Deducible, luego sin cargo
Transporte para la atención médica que no sea de emergencia	Deducible, luego sin cargo
Tratamiento para trastorno del espectro autista	
Análisis conductual aplicado	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Quimioterapia y radioterapia	
Quimioterapia	Deducible, luego sin cargo
Radioterapia	Deducible, luego sin cargo
Servicios odontológicos	
Notificación importante: La cobertura de atención odontológica es muy limitada. Consulte el Manual de Beneficios para conocer los detalles de su cobertura.	
Extracción de dientes impactados en el hueso (realizada en el consultorio del médico)	Deducible, luego sin cargo
Atención odontológica pediátrica para niños (hasta los 13 años): limitada a 2 exámenes dentales preventivos por año del Plan, solo se incluyen los siguientes servicios: limpieza, tratamiento con flúor, enseñanza del control de la placa y radiografías de aleta de mordida.	Deducible, luego Copago de \$30 por visita
Diálisis	
	Deducible, luego sin cargo
Instalación de equipos domésticos	Deducible, luego sin cargo
Equipo médico duradero	
Equipo médico duradero	Deducible, luego 30% de coaseguro
Glucómetros, dispositivos de infusión y bombas de insulina (incluidos los suministros)	Deducible, luego sin cargo
Oxígeno y equipo respiratorio	Deducible, luego 30% de coaseguro
Servicios de intervención temprana	
	Deducible, luego sin cargo
El plan no cubre la cuota de participación familiar exigida por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts.	
Atención en la sala de emergencias	
	Deducible, luego un copago de \$100 por visita
Este copago está exento si (1) es trasladado a los servicios de observación o de cirugía para pacientes externos; o si (2) es admitido en el hospital directamente desde la sala de emergencias. Consulte la sección "Hospital: servicios para pacientes hospitalizados", "Servicios de observación" o "Cirugía: pacientes externos" para conocer el costo compartido del miembro que se aplica a estos beneficios.	
Prótesis auditivas (para miembros de hasta 22 años)	
- Limitado a \$2,000 por prótesis auditiva cada 36 meses, por cada oído con problemas de audición	Deducible, luego 30% de coaseguro
Atención médica a domicilio	
	Deducible, luego sin cargo
Si los servicios incluyen la administración de fármacos, consulte el beneficio de "Fármacos médicos" para conocer los detalles del costo compartido del miembro.	

Beneficio	Costo compartido del miembro:
Hospicio: pacientes externos	
	Deducible, luego sin cargo
Hospital: servicios como paciente hospitalizado	
Atención hospitalaria aguda	Deducible, luego sin cargo
Atención de maternidad para pacientes hospitalizadas	Deducible, luego sin cargo
Atención hospitalaria de rutina en la sala de recién nacidos	Sin cargo
Rehabilitación para pacientes hospitalizados: se limita a 60 días por año del Plan	Deducible, luego sin cargo
Centro de enfermería especializada: se limita a 100 días por año del Plan	Deducible, luego sin cargo
Tratamientos y servicios contra la infertilidad (consulte el Manual de Beneficios para conocer más detalles)	
	El costo compartido del miembro dependerá del lugar donde se provea el servicio, tal como se indica en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, para los servicios provistos por un médico, consulte "Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales". Para la atención de pacientes hospitalizados, consulte la sección "Hospital: servicios como paciente hospitalizado".
Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico	
Laboratorio	Deducible, luego sin cargo
Pruebas genéticas	Deducible, luego sin cargo
Radiología	Deducible, luego sin cargo
Radiología avanzada, que incluye tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), imágenes por resonancia magnética (IRM), angiografías por resonancia magnética (ARM) y servicios de medicina nuclear.	Deducible, luego sin cargo
Otros servicios de diagnóstico	Deducible, luego sin cargo
Alimentos bajos en proteínas	
– Se limita a \$5,000 por año del Plan	Deducible, luego sin cargo
Atención de maternidad: pacientes externas	
Atención prenatal y posparto de rutina para pacientes externas	Sin cargo
La atención prenatal y posparto de rutina suele recibirse y facturarse del mismo proveedor como un servicio único o en conjunto. Pueden aplicarse diferentes costos compartidos del miembro a cualquier servicio especializado o que no sea de rutina que se facture por separado de su atención prenatal y posparto de rutina como paciente externo. Por ejemplo, el costo compartido del miembro por los servicios provistos por un especialista se indica en "Visitas al consultorio del médico y otros profesionales" y cuando no esté específicamente indicado antes, el costo compartido del miembro por un ultrasonido facturado como servicio especializado o no rutinario se indica en "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico".	
Fármacos médicos (medicamentos que no pueden administrarse por cuenta propia)	
Fármacos médicos que se administren en el consultorio de un médico o en otro centro para pacientes externos	Deducible, luego sin cargo
Fármacos médicos que se administran a domicilio	Deducible, luego sin cargo
Algunos fármacos médicos pueden ser suministrados por una farmacia especializada. Los costos compartidos del miembro mencionados arriba se aplicarán cuando los fármacos médicos sean suministrados por una farmacia especializada.	
Fórmulas médicas	
	Deducible, luego sin cargo

Beneficio	Costo compartido del miembro:
Tratamiento de la salud mental y de los trastornos por consumo de sustancias	
Servicios como paciente hospitalizado	Deducible, luego sin cargo
Servicios de atención intermedia – Tratamiento residencial agudo (incluida la desintoxicación), estabilización de crisis y estabilización familiar a domicilio – Programas para pacientes externos intensivos, hospitalización parcial y programas de tratamiento diurno	Deducible, luego sin cargo
Terapia grupal para pacientes externos	Deducible, luego un copago de \$100 por visita
Terapia individual para pacientes externos	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Tratamiento para pacientes externos, que incluye desintoxicación y gestión de medicamentos	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Mantenimiento con metadona para pacientes externos	Deducible, luego sin cargo
Evaluación neuropsicológica y exámenes psicológicos para pacientes externos	Deducible, luego sin cargo
Servicios de visitas virtuales de telemedicina para pacientes externos	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Servicios de observación	
	Deducible, luego sin cargo
Suministros de ostomía	
	Deducible, luego 30% de coaseguro
Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales (esto incluye a todos los proveedores del plan cubiertos, a menos que se indique algo diferente en este Programa de Beneficios)	
Exámenes de rutina para cuidados preventivos, incluidas las vacunas	Sin cargo
<p>No todos los servicios que reciba durante su examen de rutina están cubiertos sin cargo. Solo los servicios preventivos designados en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) están cubiertos sin cargo. Otros servicios no incluidos en la PPACA pueden estar sujetos a costos compartidos adicionales. Para conocer la lista actualizada de servicios preventivos cubiertos sin costo alguno en virtud de la PPACA, consulte la Notificación de Servicios Preventivos en nuestro sitio web a través de www.harvardpilgrim.org. Consulte la sección "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico" para conocer el costo compartido del miembro que se aplica a los servicios de diagnóstico no incluidos en esta lista.</p>	
Consultas, evaluaciones, atención de enfermedades y lesiones	Deducible, luego Nivel 1: Copago de \$30 por visita Nivel 2: Copago de \$50 por visita
<p>El nivel del costo compartido varía en función del tipo de proveedor. Consulte el principio de este Programa de Beneficios para determinar el nivel de los costos compartidos aplicables.</p>	
<p>Se puede aplicar un costo compartido del miembro adicional. Consulte el beneficio específico en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, si necesita suturas, consulte los tratamientos y procedimientos en el consultorio a continuación. Si necesita una radiografía o una extracción de sangre, consulte la sección "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico".</p>	
Tratamientos y procedimientos en el consultorio, que incluyen, entre otros, administración de inyecciones, enyesado, sutura y aplicación de vendajes, asesoramiento genético, cuidado de los pies que no sea de rutina y procedimientos quirúrgicos.	Deducible, luego sin cargo

(Continúa en la página siguiente)

Beneficio	Costo compartido del miembro:
Visitas al consultorio de médicos y otros profesionales (esto incluye a todos los proveedores del Plan cubiertos, a menos que se indique algo diferente en este Programa de Beneficios). (Continuación)	
Administración de inyecciones para alergias	Deducible, luego sin cargo
Servicios preventivos y pruebas	
	Sin cargo
En virtud de la ley federal y estatal, muchas pruebas y servicios preventivos están cubiertos sin costo compartido del miembro, entre ellos las colonoscopías preventivas, ciertos análisis de laboratorio y radiografías, la esterilización voluntaria para las mujeres y todos los dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). Para conocer una lista completa de servicios preventivos cubiertos, consulte la Notificación de Servicios Preventivos en nuestro sitio web a través de www.harvardpilgrim.org . También puede obtener una copia de la Notificación de Servicios Preventivos llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-333-4742 . Harvard Pilgrim añadirá o eliminará servicios de este beneficio para servicios y pruebas preventivas de acuerdo con las pautas federales y estatales.	
Los siguientes servicios preventivos, pruebas y dispositivos adicionales: alfafetoproteína (AFP, por sus siglas en inglés), ultrasonido fetal, pruebas de hepatitis C, pruebas de nivel de plomo, evaluación de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), pruebas rutinarias de hemoglobina, estreptococos del grupo B (GBS, por sus siglas en inglés), análisis de orina rutinarios, monitor de presión sanguínea, evaluación de retinopatía y pruebas de índice internacional normalizado (INR, por sus siglas en inglés).	Sin cargo
Dispositivos protésicos	
	Deducible, después 30 % de coaseguro
Servicios de rehabilitación y habilitación: Pacientes externos	
Rehabilitación cardíaca	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Terapia de rehabilitación pulmonar	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Terapia del habla y de la audición	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Terapia ocupacional – Límite de 60 visitas por año del Plan	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Fisioterapia – Límite de 60 visitas por año del Plan	Deducible, luego copago de \$30 por visita
La fisioterapia y la terapia ocupacional para pacientes externos no están sujetas al límite antes indicado y están cubiertas en la medida en que sean médicamente necesarias para: (1) los niños de hasta tres años; y (2) el tratamiento de los trastornos del espectro autista.	
Procedimientos endoscópicos: diagnóstico y terapia para pacientes externos	
Colonoscopia, endoscopia y sigmoidoscopia	Deducible, luego sin cargo
Terapia de manipulación de la columna vertebral (incluye la atención de un quiropráctico)	
	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Cirugía: pacientes externos	
	Deducible, luego sin cargo

Beneficio	Costo compartido del miembro:
Servicios de visitas virtuales de telemedicina: pacientes externos	
	Deducible, luego Nivel 1: Copago de \$30 por visita Nivel 2: Copago de \$50 por visita
Para la atención de pacientes hospitalizados, consulte la sección "Hospital: servicios para pacientes hospitalizados" para conocer los detalles de los costos compartidos.	
Servicios de atención de urgencia	
Doctor on Demand	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Notificación importante: Doctor On Demand es una red específica de proveedores contratados para proveer servicios virtuales de atención de urgencia. Para obtener más información sobre Doctor on Demand, incluida la forma de acceder a ellos, visite nuestro sitio web a través de www.harvardpilgrim.org .	
Clínica de atención por conveniencia	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Centro de atención de urgencia	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Centro hospitalario de atención de urgencia	Deducible, luego copago de \$30 por visita
Se puede aplicar un costo compartido del miembro adicional. Consulte el beneficio específico en este Programa de Beneficios. Por ejemplo, si se hace una radiografía o una extracción de sangre, consulte la sección "Servicios de laboratorio, radiología y otros servicios de diagnóstico".	
Servicios de la visión	
Exámenes oftalmológicos de rutina: se limitan a 1 examen por año del Plan	Sin cargo
Dispositivos para la visión para condiciones especiales	Deducible, luego sin cargo
Esterilización voluntaria en el consultorio de un médico	
	Deducible, luego sin cargo
Interrupción voluntaria del embarazo	
	Deducible, luego sin cargo
Pelucas y prótesis capilares conforme a la ley	
- Límite de \$350 por año del Plan (consulte el Manual de Beneficios para obtener más detalles)	Deducible, luego 30% de coaseguro

Servicios de asistencia lingüística

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

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

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

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

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

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

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

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, យើងមានសេវាកម្មប្រយោជន៍ ដូចលោកអ្នកដោយ គ្រឿងឥតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-333-4742 (TTY: 711)។

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

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

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

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

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

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

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

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ຄ່າມາດມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-333-4742 (TTY: 711).

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



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

(Continuación)

Notificación general sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad

Harvard Pilgrim Health Care y sus afiliados como se indican a continuación (“HPHC”) cumplen con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discriminan por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. HPHC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

HPHC:

- Provee asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como intérpretes cualificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes cualificados.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro funcionario de Cumplimiento de Derechos Civiles.

Si cree que HPHC no le proveyó estos servicios o si sufrió discriminación de cualquier manera por motivo de su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja a: Civil Rights Compliance Officer, 1 Wellness Way, Canton, MA 02021-1166, (866) 750-2074, servicio de TTY: 711, Fax: (617) 509-3085, Correo electrónico: civil_rights@point32health.org. Puede presentar una queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

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

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



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

Lista general de exclusiones MASSACHUSETTS

La siguiente lista identifica los servicios que suelen estar excluidos de los planes de Harvard Pilgrim. Es posible que se excluyan los servicios adicionales relacionados con el acceso o el diseño de los productos. Para conocer una lista completa de exclusiones, consulte el Manual de Beneficios del Plan específico.

Exclusión
<p>Tratamientos alternativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de acupuntura, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Servicios de acupuntura que se encuentran fuera del ámbito de la atención de acupuntura estándar. • Los servicios nutricionales, holísticos o naturistas y todos los procedimientos, análisis de laboratorios y suplementos nutricionales asociados a dichos tratamientos, excepto cuando se indiquen específicamente como un beneficio cubierto. • Aromaterapia, tratamiento con cristales y medicina alternativa. • Cualquiera de los siguientes tipos de programas: Balnearios, spas, programas recreativos, campamentos, programas de habilidades al aire libre, internados terapéuticos o educativos, programas educativos para niños en cuidado residencial, programas de autoayuda, programas de habilidades para la vida, programas de relajación o estilo de vida y programas en la naturaleza (programas terapéuticos al aire libre). • Masoterapia. • Mioterapia.
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Atención para los trastornos temporomandibulares (TMD, por sus siglas en inglés), excepto como se describe en el <i>Manual de Beneficios</i> del Plan. • Extracción de dientes, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Atención odontológica pediátrica, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto.
<p>Equipo médico duradero y dispositivos protésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier dispositivo o equipo especial necesario para deportes o fines ocupacionales. • Cualquier adaptación en el hogar, incluidas, entre otras, las mejoras del hogar y el equipo de adaptación del hogar. • Equipos médicos no duraderos, a menos que se utilicen como parte del tratamiento en un centro médico o como parte de los servicios aprobados de atención médica a domicilio. • Reparación o sustitución de equipos médicos duraderos o dispositivos protésicos como consecuencia de pérdida, negligencia, daño intencionado o robo.
<p>Servicios experimentales, no probados o en investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier producto o servicio, incluidos, entre otros, los medicamentos, dispositivos, tratamientos, procedimientos y pruebas de diagnóstico que sean experimentales, no probados o de investigación.
<p>Cuidado de los pies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortótica del pie, excepto para el tratamiento de la enfermedad grave del pie diabético o la enfermedad circulatoria generalizada. • Cuidado rutinario de los pies. Algunos ejemplos son el recorte, corte o desbridamiento de uñas, y el corte o la eliminación de callos y durezas. Esta exclusión no se aplica a los cuidados preventivos de los pies de los miembros diagnosticados con diabetes o enfermedad circulatoria generalizada.
<p>Servicios de maternidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto fuera del área de servicio después de la semana 37 de embarazo o después de que le hayan informado que corre el riesgo de tener un parto prematuro. • Partos planificados en el hogar. • Atención prenatal y posparto de rutina cuando se encuentre de viaje fuera del área de servicio.

Exclusión
<p>Tratamiento de la salud mental y de los trastornos por consumo de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación biológica. • Servicios o pruebas educativas, excepto los servicios cubiertos por el beneficio de Servicios de Intervención Temprana. No se proveen beneficios 1) para servicios educativos destinados a mejorar el rendimiento escolar o el funcionamiento del desarrollo; 2) para resolver problemas de desempeño escolar; 3) para tratar problemas de aprendizaje; 4) para la educación sobre el alcoholismo de los conductores; o 5) para el enfoque de refuerzo comunitario y la atención continua asertiva. • Cualquiera de los siguientes tipos de programas: programas en los que el paciente tiene una duración predefinida de la atención sin que el Plan pueda llevar a cabo determinaciones concurrentes de la necesidad médica continuada, programas que solo proveen reuniones o actividades que no se basan en planes de tratamiento individualizados, programas que se centran únicamente en las habilidades interpersonales o de otro tipo en vez de estar dirigidos a la reducción de los síntomas y la recuperación funcional relacionada con trastornos de salud mental específicos y programas basados en la matrícula que ofrecen actividades educativas, vocacionales, recreativas o de desarrollo personal. • Mantenimiento con metadona, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Pruebas de práctica de integración sensorial. • Servicios para cualquier problema de salud con solo una designación de "Código Z" en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, lo que significa que el problema de salud no es atribuible a un trastorno mental. • El tratamiento de la salud mental y de los trastornos por consumo de sustancias que (1) se provee a los miembros que están confinados o internados en una cárcel, casa de corrección, prisión o centro de custodia del Departamento de Servicios para la Juventud; o (2) que provee el Departamento de Salud Mental. • Servicios o suministros para el diagnóstico o el tratamiento de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias que, a discreción razonable del Centro de Acceso a la Salud Conductual, son cualquiera de los siguientes: no son coherentes con las normas nacionales vigentes de la práctica clínica para el tratamiento de dichas afecciones; no son coherentes con las investigaciones profesionales vigentes que demuestran que los servicios o suministros tendrán un resultado medible y beneficioso para la salud; normalmente no producen mejores resultados que otras alternativas de tratamiento disponibles que son menos intensivas o más rentables. • Los servicios relacionados con los trastornos del espectro autista prestados en el marco de un programa de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés), incluidos los servicios provistos en el marco de un IEP que sean suministrados por el personal escolar o los servicios provistos en el marco de un IEP adquiridos de un contratista o proveedor.
<p>Aspecto físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios estéticos, incluidos medicamentos, dispositivos, tratamientos y procedimientos, excepto (1) servicios estéticos que son inherentes a la corrección del deterioro funcional físico; (2) cirugía de restauración para reparar o restaurar el aspecto dañado por una lesión accidental; y (3) atención posterior a la mastectomía. • Eliminación o restauración del cabello, lo que incluye, entre otras cosas, la electrólisis, el tratamiento con láser, el trasplante o la terapia farmacológica. • Liposucción o eliminación de depósitos de grasa que se consideran no deseados. • Procedimientos de eliminación o corrección de cicatrices o tatuajes (como la salabrasión, la quimiocirugía y otros procedimientos de abrasión de la piel). • Procedimientos de abrasión de la piel realizados como tratamiento del acné. • Tratamiento de arrugas de la piel y de pólipos cutáneos o cualquier tratamiento para mejorar el aspecto de la piel. • Tratamiento de las varículas. • Pelucas y prótesis capilares de cuero cabelludo cuando la pérdida de cabello se deba a calvicie de patrón masculino, calvicie de patrón femenino o envejecimiento natural o prematuro.
<p>Procedimientos y tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención provista por un quiropráctico fuera del ámbito de la medicina quiropráctica habitual incluye, entre otros aspectos, cirugía, prescripción o dispensación de fármacos o medicamentos, exámenes internos, práctica obstétrica o tratamiento de infecciones y pruebas de diagnóstico para la atención quiropráctica que no sean una radiografía inicial. • Terapia de manipulación de la columna vertebral (incluida la atención por parte de un quiropráctico), excepto cuando figure específicamente como Beneficio Cubierto. • Los planes de dieta comerciales, los programas de pérdida de peso y cualquier servicio relacionado con dichos planes o programas, excepto cuando se indique específicamente como beneficio cubierto. Observaciones: Si tiene cobertura a través de un plan de grupo del empleador, este puede participar en otros programas de incentivos para el bienestar y la mejora de la salud ofrecidos por Harvard Pilgrim. Revise todos los documentos de su Plan para conocer la cantidad de los incentivos, si los hubiere, disponibles en su Plan. • Servicios de afirmación de género, incluida la cirugía de cambio de género, y todos los fármacos y procedimientos relacionados para grupos autoasegurados, a menos que estén cubiertos por una cláusula adicional. • Si se indica que se debe proveer un servicio en un centro de excelencia, no recibirá cobertura dentro de la red si ese servicio se recibe de un proveedor que no ha sido designado como centro de excelencia. • Terapia nutricional o estética con vitaminas, minerales o elementos y otra terapia centrada en la nutrición. Algunos ejemplos son suplementos, electrolitos y alimentos de cualquier tipo (incluidos los alimentos con alto contenido en proteínas y bajos en carbohidratos). • Exámenes físicos y pruebas para seguros, licencias o empleo. • Servicios para los miembros que son donantes para no miembros, excepto como se describe en los Servicios de Trasplante de Órganos Humanos. • Pruebas de procesamiento auditivo central. • Formación en grupo sobre diabetes, programas educativos o campamentos.

Esta lista de exclusión no es vinculante y se provee exclusivamente con fines informativos. Consulte su Manual de Beneficios y el Programa de Beneficios.

Exclusión
<p>Proveedores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargos por servicios provistos después de la fecha de finalización de su membresía. • Cargos por cualquier producto o servicio, incluidos, entre otros, los honorarios profesionales, el equipo médico, los medicamentos y los gastos de hospitalización u otros centros, que estén relacionados con cualquier atención que no constituya un beneficio cubierto. • Cargos por citas a las que no asistió. • Honorarios del servicio de conserjería. (Consulte el Manual de <i>Beneficios de su Plan</i> para obtener más información). • Atención de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias, a menos que sea provista u organizada por su PCP. • Cargos de pacientes hospitalizados luego de su alta hospitalaria. • Cargo del proveedor por presentar una reclamación o por transcribir o copiar sus registros médicos. • Servicios o suministros provistos por: (1) cualquier persona que tenga un parentesco de sangre, matrimonio o adopción con usted; o (2) cualquier persona que viva habitualmente con usted.
<p>Reproducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier forma de maternidad sustituta o servicios para un vientre gestacional que no sean servicios de maternidad cubiertos. • Medicamentos para la infertilidad si el miembro no está en un ciclo de tratamiento de la infertilidad autorizado por el Plan. • Medicamentos contra la infertilidad, si los servicios de infertilidad no constituyen un beneficio cubierto. • Medicamentos para la infertilidad que deben adquirirse en una farmacia para pacientes externos, a menos que su Plan incluya la cobertura de farmacia para pacientes externos. • Tratamiento de la infertilidad para los miembros que no son médicamente infértiles. • El tratamiento de la infertilidad y medicamentos, implantes y dispositivos de anticoncepción, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Reversión de la esterilización voluntaria (incluido cualquier servicio de infertilidad relacionado con la esterilización voluntaria o su reversión). • Recolección, congelación y almacenamiento de los espermatozoides, salvo lo que se describe en el <i>Manual de Beneficios del Plan</i>. • Identificación de esperma cuando no es médicamente necesario (por ejemplo, la identificación del sexo). • Los siguientes honorarios: honorarios de la lista de espera, gastos no médicos, cargos de envío y manejo, etc. • Esterilización voluntaria, incluida la ligadura de trompas y la vasectomía, excepto cuando se indique específicamente como beneficio cubierto. • Interrupción voluntaria del embarazo, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto.
<p>Servicios provistos por otro plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos de cualquier servicio por el que tenga derecho a tratamiento a cuenta del Gobierno, incluidas discapacidades relacionadas con el servicio militar. • Los costos de los servicios por los que se exige el pago de un plan de indemnización por accidente laboral o de un empleador en virtud de la ley estatal o federal.
<p>Servicios de telemedicina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telemedicina por correo electrónico o fax. • Honorarios del proveedor por los costos técnicos de la prestación de servicios de telemedicina.
<p>Tipos de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención supervisada. • Programas de recuperación que incluyen ayuda a domicilio o de descanso, casas de sobriedad, servicios de apoyo de transición y comunidades terapéuticas. • Todos los gastos institucionales que superen la tarifa de habitación semiprivada, excepto cuando una habitación privada sea médicamente necesaria. • Programas o clínicas de control del dolor. • Programas de acondicionamiento físico como el entrenamiento atlético, la musculación, el ejercicio, la aptitud física, la flexibilidad y la diversión o la motivación general, excepto cuando estén específicamente indicados como Beneficio Cubierto. • Atención de enfermería privada. • Clínicas de medicina deportiva. • Rehabilitación vocacional o evaluaciones vocacionales sobre capacidad de adaptación al trabajo, colocación en un puesto de trabajo o terapia para restaurar la función para una ocupación específica.
<p>Vista y audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos, lentes de contacto y accesorios, excepto cuando se indiquen específicamente como beneficio cubierto. • Prótesis auditivas, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto. • Pilas de las prótesis auditivas y cualquier dispositivo utilizado por las personas con deficiencias auditivas para comunicarse por teléfono o Internet, como TTY o TDD. • Cirugía ocular refractiva, que incluye, entre otras cosas, la cirugía lasik, la ortoqueratología y el implante de lentes para corregir la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo naturales. • Los exámenes oculares de rutina, excepto cuando se indique específicamente como un beneficio cubierto.

Esta lista de exclusión no es vinculante y se provee exclusivamente con fines informativos. Consulte su Manual de Beneficios y el Programa de Beneficios.

Exclusión

Todas las demás exclusiones

• Cualquier medicamento u otro producto obtenido en una farmacia para pacientes externos, excepto los suministros de farmacia cubiertos por el beneficio para servicios de diabetes y jeringas hipodérmicas y agujas, tal como exige la ley de Massachusetts, a menos que su Plan incluya la cobertura de farmacia para pacientes externos. • Cualquier servicio o suministro provisto en relación con un beneficio no cubierto. • Cualquier servicio o suministro (a excepción de lentes de contacto) adquirido a través de Internet. • Servicio de belleza o peluquería. • Sustitución de equipos de diabetes cuando se deba exclusivamente a la expiración de la garantía del fabricante. • Leche materna donada o almacenada. • Órtesis y dispositivos de asistencia de exoesqueleto con alimentación externa. • Alimentos o suplementos nutricionales, incluidos, entre otros, los alimentos médicos aprobados por la FDA y obtenidos mediante receta médica, excepto cuando lo exija la ley y se receten a los miembros que cumplan las políticas del HPHC para la alimentación por sonda enteral. • Servicios para huéspedes. • Equipos, dispositivos o suministros médicos, excepto como se indica en el *Manual de Beneficios del Plan*. • Los servicios médicos que se proveen a los Miembros que están reclusos o internados en una cárcel, correccional o prisión, o centro de custodia del Departamento de Servicios para la Juventud. • Servicios para no miembros. • Servicios para los cuales no habría cargos en ausencia de un seguro. • Servicios para los que no se provee cobertura en el *Manual de Beneficios del Plan*, en este Programa de Beneficios o en el folleto de medicamentos recetados (si corresponde). • Servicios que no son médicamente necesarios. • Servicios que su PCP o un proveedor del Plan no ha provisto, organizado o aprobado, excepto como se describe en las secciones del manual "*Su PCP gestiona su atención médica*" y "*Uso de proveedores del Plan*". • Impuestos o tasaciones gubernamentales sobre servicios o suministros. • Transporte, excepto el transporte en ambulancia de emergencia y transporte médico que no sea de emergencia necesario para el traslado entre hospitales u otros centros de atención médica cubiertos o desde un centro cubierto a su hogar cuando sea médicamente necesario. • Aires acondicionados, purificadores y filtros de aire, deshumidificadores y humidificadores. • Asientos para automóviles. • Sillas, sillas de baño, sillas para comer, sillas para niños pequeños, sillas elevadoras, sillones reclinables. • Carritos eléctricos. • Equipo para ejercicios. • Modificaciones en el hogar que incluyen, entre otras cosas, ascensores, barandillas y rampas. • Tinas, jacuzzis, saunas o tinas de hidromasaje. • Colchones. • Sistemas de alerta médica. • Camas motorizadas. • Almohadas. • Vehículos motorizados. • Elevadores para sillas y elevadores. • Cochecitos de bebé. • Equipos de seguridad. • Modificaciones de vehículos, incluidos, entre otros, los elevadores de furgonetas. • Teléfono. • Televisor.