

## 4. BENEFICIOS Y SERVICIOS

### A. Beneficios de HealthChoice

Este cuadro enumera los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los afiliados de HealthChoice. Lea el cuadro detenidamente ya que algunos beneficios tienen límites, usted debe tener una determinada edad o un determinado tipo de problema. Salvo por los copagos de farmacia (el arancel que el afiliado abona por un servicio de atención médica), a usted nunca deben cobrarle por ninguno de estos servicios de atención médica. Su PCP lo ayudará a coordinar estos beneficios para que se adecúen de la mejor manera posible a sus necesidades de atención médica. Usted recibirá la mayoría de estos beneficios por parte de los proveedores que participan en la red de la MCO (proveedor participante) o podrá necesitar un referido para acceder a ellos. He aquí algunos de los servicios y beneficios que podrá recibir por parte de los proveedores que no participan con su MCO (proveedor no participante) y que no requieren de ningún referido. Estos servicios se denominan servicios de autoreferido

Las MCO pueden no exigir los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales como exámenes dentales y exámenes de la vista más frecuentes para adultos (ver Anexo C). Estos se llaman beneficios adicionales y pueden cambiar año tras año. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados de MCO.

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Atención primaria Servicios</b>	Son la totalidad de los servicios de salud básicos que necesita para satisfacer sus necesidades de salud generales y suelen ser prestados por su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, enfermera de práctica avanzada o ayudante médico.	Todos los afiliados	
<b>Servicios de examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para niños</b>	Controles periódicos de bienestar para niños, inmunizaciones (vacunas) y controles para detectar problemas de desarrollo y consejos de bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo que sea necesario para atender a niños enfermos y mantener bien a los niños sanos.	Afiliados menores de 21 años	

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Servicios relacionados con el embarazo</b>	Atención médica durante y luego del embarazo, incluidas las hospitalizaciones y, cuando fuere necesario, visitas a domicilio luego del parto.	Las mujeres que están embarazadas y durante dos meses luego del embarazo.	
<b>Planificación familiar</b>	Consultas al consultorio de planificación familiar, pruebas de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluyen condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin la receta del médico) y esterilizaciones permanentes.	Todos los afiliados	
<b>Servicios primarios de salud mental</b>	Los servicios primarios de salud mental son servicios básicos de salud mental proporcionados por su PCP u otro proveedor de la MCO. Si necesita más que meros servicios básicos de salud mental, su PCP lo derivará o usted puede llamar al Sistema Público de Salud del Comportamiento al 1-800-888-1965 para obtener servicios especializados de salud mental.	Todos los afiliados	No recibe servicios especializados de salud mental por parte de una MCO. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su PCP o especialista lo referirá al Sistema Público de Salud del Comportamiento o usted puede llamar a dicho sistema al 1-800-888-1965

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Cobertura de medicamentos recetados (servicios de farmacia)</b>	La cobertura de medicamentos recetados incluye medicamentos recetados (medicamentos dispensados sólo con una receta de un prescriptor autorizado) insulina, agujas y jeringas, píldoras y dispositivos de control de la natalidad, aspirina recubierta para la artritis, píldoras de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Usted puede recibir condones de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin receta médica.	Todos los afiliados  No se aplican copagos para menores de 21 años, mujeres embarazadas ni para control de la natalidad	
<b>Servicios especializados</b>	Los servicios de atención médica prestados por médicos especialmente capacitados, enfermeras de práctica avanzada o ayudantes médicos. Podría ser necesario que su PCP lo refiera a un especialista para recibir estos servicios.	Todos los afiliados	
<b>Servicios de laboratorio y diagnóstico</b>	Pruebas de laboratorio y radiografías para ayudar a descubrir la causa de cualquier enfermedad.	Todos los afiliados	
<b>Servicios de atención médica en el hogar</b>	Servicios de atención médica recibidos en el hogar que incluyen enfermería y asistencia de salud a domicilio.	Aquellos que necesitan atención de enfermería especializada (atención prestada por una enfermera registrada o bajo su supervisión) a domicilio, por lo general luego de una hospitalización	Ningún servicio de cuidado personal (ayuda para la vida diaria).

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Administración de casos</b>	Se podrá asignar un administrador del caso que lo ayudará a planificar y recibir los servicios de atención médica. El administrador del caso también lleva un registro de los servicios que son necesarios y los que ya se han proporcionado. Usted debe comunicarse con el administrador del caso para recibir una administración del caso eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Niños con necesidades especiales de atención médica;</li> <li>(2) Mujeres embarazadas y puérperas;</li> <li>(3) Personas con VIH/ SIDA;</li> <li>(4) Personas sin vivienda;</li> <li>(5) Personas con discapacidades físicas o del desarrollo;</li> <li>(6) Niños bajo cuidado supervisado por el estado y</li> <li>(7) Administración de casos proporcionados por MCO para otros afiliados, según se necesite</li> </ul>	
<b>Cuidado de la diabetes</b>	Servicios especiales, equipos médicos y suministros para afiliados con diabetes.	Afiliados a los que se les ha diagnosticado diabetes.	
<b>Podiatría</b>	Cuidado de los pies cuando fuere necesario por determinación médica.	Todos los afiliados	Cuidado de los pies de rutina, a menos que sea menor de 21 años o tenga diabetes o enfermedad vascular que afecta a las extremidades inferiores

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Cuidado de la vista</b>	<p>Exámenes de la vista</p> <p><i>Menores de 21: un examen por año</i></p> <p>Mayores de 21 años: un examen cada dos años</p> <p>Anteojos y lentes de contacto</p> <p><i>Sólo menores de 21 años.</i></p> <p>Lentes de contacto si existe una razón médica por la cual no servirán los anteojos.</p>	<p>Eye Exams</p> <p>All members</p> <p>Glasses and Contact Lenses</p> <p>Members under age 21</p>	<p>More than one pair of glasses per year unless lost, stolen, broken, or new prescription needed</p>
<b>Equipos de oxígeno y asistencia respiratoria</b>	<p>Tratamiento para problemas respiratorios.</p>	<p>Todos los afiliados</p>	
<b>Atención para pacientes internados</b>	<p>Servicios y atención recibidos para una admisión programada y no programada a estadias hospitalarias como paciente internados (hospitalización).</p>	<p>Todos los afiliados con autorización o en caso de emergencia</p>	
<b>Atención para pacientes ambulatorios</b>	<p>Servicios y atención recibidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios que no requieren de la admisión de pacientes internados en el hospital. Los servicios incluyen servicios de diagnóstico y laboratorio, consultas al médico y procedimientos para pacientes ambulatorios autorizados.</p>	<p>Todos los afiliados</p>	<p>Las MCO no están obligadas a cubrir servicios de observación hospitalaria más allá de las 24 horas</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Servicios y atención recibidos en una sala de emergencias de un hospital para tratar y estabilizar a una afección médica de emergencia.</p>	<p>Todos los afiliados</p>	
<b>Atención urgente</b>	<p>Servicios y atención recibidos en una sala de atención urgente para tratar y estabilizar a una necesidad médica de urgencia.</p>	<p>Todos los afiliados</p>	

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Servicios de cuidados paliativos</b>	Servicios de salud domiciliarios y para pacientes internados creados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas con enfermedad terminal.	Todos los afiliados	
<b>Residencia de cuidados / hospitalización crónica</b>	Atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación hasta 90 días	Todos los afiliados	
<b>Servicios/dispositivos de rehabilitación</b>	Servicios/dispositivos para pacientes ambulatorios que ayudan al afiliado en su vida cotidiana. Los servicios incluyen: terapia física, ocupacional y del habla.	Afiliados mayores de 21 años, afiliados menores de 21 años son elegibles en virtud de EPSDT (ver sección 6E)	
<b>Servicios/dispositivos de habilitación</b>	Servicios/dispositivos que ayudan al afiliado en su vida cotidiana. Los servicios incluyen servicios de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.	Afiliados elegibles; los beneficios pueden ser limitados	
<b>Audiología</b>	Evaluación y tratamiento de la pérdida de audición.	Todos los afiliados	Los afiliados mayores de 21 años deben cumplir con determinados requisitos para recibir dispositivos de audición.
<b>Sangre y productos sanguíneos</b>	Sangre que se utiliza en una operación, etc.	Todos los afiliados	
<b>Diálisis</b>	Tratamiento para enfermedades renales.	Todos los afiliados	

<b>Beneficio</b>	<b>Qué es esto</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que no obtiene con este beneficio</b>
<b>Equipos médicos duraderos y suministros médicos desechables</b>	Los equipos médicos duraderos (pueden usarse de manera repetida) incluyen muletas, andadores y sillas de ruedas. Los suministros médicos desechables (pueden usarse sólo una vez) son equipos y suministros que no tienen uso práctico ante la ausencia de enfermedad, lesión, discapacidad o afección de salud. Los suministros médicos desechables incluyen suministros de tiras reactivas para dedos, apósitos para heridas y suministros para la incontinencia.	Todos los afiliados	
<b>Trasplantes</b>	Trasplantes necesarios por determinación médica.	Todos los afiliados	Sin trasplantes experimentales.
<b>Ensayos clínicos</b>	Costos de los afiliados para estudios dirigidos a probar la eficacia de nuevos tratamientos o fármacos.	Members with few threatening conditions, when authorized	
<b>Cirugía plástica y reconstructiva</b>	Cirugía que corrige una deformidad provocada por enfermedad, traumatismo o anomalías congénitas o del desarrollo, o para restablecer funciones corporales.	Todos los afiliados	Cirugía cosmética para mejorar su apariencia

## B. Servicios de autoreferido

Usted acudirá a su PCP para recibir la mayoría de su atención médica o su PCP lo enviará a un especialista que trabaja para la misma MCO. Para algunos tipos de servicios, usted puede elegir un proveedor local que no forme parte de su MCO. La MCO pagará al proveedor no participante por los servicios siempre y cuando éste acepte atenderlo y acepte el pago de la MCO. Los servicios que funcionan de esta manera son denominados servicios de autoreferido. La MCO también pagará cualquier trabajo de laboratorio y medicamento relacionado que reciba en el mismo sitio en el que recibió la consulta de autoreferido. A continuación se indican los servicios de autoreferido:

- Servicios de emergencia;
- Planificación familiar;
- Embarazo, en determinadas condiciones, y centros de maternidad;

- Control médico de un recién nacido;
- Centros de salud escolares;
- Evaluación para colocación en un hogar de acogida;
- Determinados especialistas para niños;
- Evaluación de diagnóstico para personas con VIH/SIDA y
- Diálisis renal.

### **Servicios de emergencia**

Una emergencia es una condición médica que es repentina, grave y pone su vida en peligro a menos que reciba atención inmediata. Usted no necesita preautorización ni un referido de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención médica proporcionados en la sala de emergencias de un hospital como resultado de una condición médica de emergencia. Luego de que se lo trate o estabilice por una condición de emergencia, usted puede necesitar servicios adicionales para asegurarse de que la condición de emergencia no regrese. Estos son los denominados servicios de postestabilización.

### **Servicios de planificación familiar (control de la natalidad)**

Si opta por ello, usted puede consultar a un proveedor que no forme parte de su MCO por servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos/suministros de anticoncepción, pruebas de laboratorio y visitas al consultorio que sean necesarias por determinación médica. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar pero no es un servicio de autoreferido. Si necesita una esterilización voluntaria, deberá contar con la preautorización de su PCP y debe recurrir a un proveedor que forme parte de la red de MCO.

### **Servicios por embarazo**

Si usted estaba embarazada cuando se unió a la MCO y ya había visto a un proveedor no participante para al menos un control médico prenatal completo, puede optar por seguir viendo a dicho proveedor no participante durante todo el embarazo, el parto y dos meses tras el nacimiento del bebé para que le efectúe el seguimiento, siempre y cuando el proveedor no participante acepte continuar tratándola.

### **Centros de maternidad**

Los servicios que se proveen en un centro de maternidad, incluido un centro fuera del estado que esté ubicado en un estado contiguo (un estado que limite con Maryland).

### **Primer control médico del bebé antes de dejar el hospital**

Es mejor elegir al médico de su bebé antes del parto. Si el médico perteneciente a MCO que usted eligió u otro médico dentro de la red de MCO no ve a su hijo recién nacido para un control médico antes de que esté listo para irse del hospital y dirigirse a su casa, la MCO le pagará al médico de guardia para que haga el control médico en el hospital.

### **Servicios de centros de salud escolares**

Respecto de los niños inscritos en escuelas que tienen un centro de salud, existe una serie de servicios que pueden recibir en el centro de salud de la escuela. A su hijo igualmente se le asignará un PCP para lo siguiente:

- Visitas al consultorio y tratamiento para enfermedades agudas o físicas urgentes, incluidos los medicamentos necesarios;



- Seguimiento de visitas de EPSDT cuando fuere necesario y
- Servicios de autoreferido de planificación familiar.

### **Control médico para niños que ingresan a la custodia del Estado**

Los niños que ingresan a cuidado de hogar de acogida o cuidado de familiares tienen que ser controlados por un médico en un plazo de 30 días. El padre o madre de acogida pueden elegir a un proveedor que les convenga para autoreferirse esta consulta.

### **Ciertos proveedores para niños con necesidades especiales de atención médica**

Los niños con necesidades especiales de atención médica pueden autoreferirse a proveedores fuera de la red de la MCO (proveedor no participante) en determinadas condiciones. El autoreferido para niños con necesidades especiales tiene como fin asegurar la continuidad de la atención y asegurar que se ejecuten los planes de atención adecuados. El autoreferido para niños con necesidades especiales de atención médica dependerá si la afección que es la base de las necesidades de atención médica especiales del niño se diagnosticó antes o luego de la afiliación inicial del niño en una MCO. Se puede acceder a los servicios médicos directamente relacionados con la afección médica de un niño con necesidades especiales fuera de la red sólo si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- Afiliado nuevo: un niño que, en el momento de la afiliación inicial, recibía estos servicios como parte de un plan actual de atención puede continuar recibiendo estos servicios especializados si el proveedor preexistente fuera de la red envía el plan de atención médica para su revisión y aprobación dentro de los 30 días posteriores a la fecha efectiva de afiliación del niño. Todos los servicios aprobados deben ser necesarios por determinación médica.
- Afiliado ya establecido: un niño que ya estaba afiliado a una MCO cuando se le diagnosticó que tenía una necesidad especial de atención médica, que requiere un plan de atención médica que incluye tipos específicos de servicios, puede solicitar un proveedor fuera de la red específico. La MCO debe satisfacer el pedido a menos que cuente con un proveedor especializado dentro de la red local con la misma capacitación profesional y dominio especializado del campo que esté razonablemente disponible y ofrezca los mismos servicios.

### **Servicio de diagnóstico y evaluación (DES)**

Si tiene VIH/SIDA, puede recibir una consulta anual del servicio de diagnóstico y evaluación (DES, por sus siglas en inglés). El DES consistirá de una evaluación médica y psicosocial. Usted debe elegir al proveedor de DES dentro de una lista aprobada de sitios, pero el proveedor no tiene que formar parte de su MCO. La MCO se encarga de ayudarlo con este servicio. El Estado y su MCO pagarán sus pruebas de sangre relacionadas con VIH/SIDA.

### **Diálisis renal**

Si padece de enfermedad renal que requiere que su sangre se limpie de manera periódica, entonces puede elegir a su proveedor de diálisis renal. Usted tendrá la opción de elegir a un proveedor de diálisis renal que forme parte o no de su MCO. Las personas que necesitan este servicio pueden tener derecho para participar en el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM).

Si la MCO rechaza, reduce o da de baja los servicios, usted puede presentar una apelación.

### **C. Beneficios no ofrecidos por las MCO pero que sí ofrece el Estado**

Los beneficios que figuran en el cuadro a continuación no están cubiertos por la MCO. Si necesita estos servicios, puede obtenerlos a través del Estado haciendo uso de su tarjeta de Medicaid roja y blanca o la tarjeta dental. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice al 1800-284-4510.

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>
<b>Servicios dentales para menores de 21 años, jóvenes menores de 26 años que estuvieron en hogar de acogida y mujeres embarazadas</b>	Se ofrece odontología general incluidos el tratamiento normal y de emergencia. A estos servicios los provee el Programa Dental Healthy Smiles de Maryland, administrado por Scion. Si es elegible para el Programa de Servicios Dentales, recibirá información y una tarjeta dental de Scion. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Programa Dental Healthy Smiles de Maryland al 1-855-934-9812.
<b>Terapia ocupacional, física y del habla y audiología para menores de 21 años</b>	El Estado abona estos servicios si son necesarios por determinación médica. Para que lo ayuden a encontrar un proveedor, usted puede llamar al número directo del Estado al 1-800-492-5231.
<b>Dispositivos que aumentan el habla</b>	Equipos que ayudan a las personas con problemas del habla a comunicarse.
<b>Salud del comportamiento</b>	Los servicios para trastornos por uso de sustancias y los servicios especializados de salud mental se prestan a través del Sistema Público de Salud del Comportamiento. Puede contactarse con ellos llamando al 1-800-888-1965.
<b>Establecimientos de atención intermedia (ICF, por sus siglas en inglés) y servicios para personas con retraso mental (MR, por sus siglas en inglés)</b>	Se trata de un tratamiento en un establecimiento de atención médica para personas con discapacidad intelectual y que necesitan este nivel de atención.
<b>Servicios especializados de cuidado personal</b>	Se trata de una ayuda especializada para las actividades de la vida cotidiana.
<b>Servicios de guardería médica</b>	Su fin es ayudar a mejorar las habilidades en la vida diaria en un centro autorizado por el estado o el departamento de salud local, que incluye servicios médicos y sociales.
<b>Servicios de residencia de cuidados y atención médica a largo plazo</b>	La MCO no paga por su atención en una residencia de cuidados, hospital de rehabilitación crónica u hospitalización crónica después de transcurridos los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras está en una residencia de cuidados, no volverá a ser inscrito en la MCO. Si ello llegase a suceder, tendrá que solicitar Medicaid de acuerdo con las normas de cobertura de atención a largo plazo. El Estado se responsabilizaría si aún cumple con los requisitos del Estado luego de desafiliarse a la MCO o después de que la MCO haya abonado los primeros 90 días.
<b>VIH/SIDA</b>	A ciertos servicios de diagnóstico para el VIH/SIDA los paga el Estado (pruebas de carga viral, genotípicas y fenotípicas u otras pruebas de resistencia de VIH/SIDA). El Estado también paga la mayoría de los medicamentos para el VIH/SIDA.

Beneficio	Descripción
<b>Servicios de aborto</b>	<p>Este procedimiento médico para interrumpir ciertos tipos de embarazos está cubierto por el Estado sólo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ To Es probable que la paciente tenga problemas físicos o de salud mental graves o muera si da a luz al bebé;</li> <li>■ La paciente quedó embarazada por violación o incesto y denunció el delito</li> <li>■ El bebé tendrá problemas de salud muy graves.</li> </ul> <p>Las mujeres que son elegibles para HealthChoice únicamente por sus embarazos no son elegibles para los servicios de aborto.</p>
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Transporte médico de emergencia  <i>Los servicios médicos mientras se traslada al afiliado al establecimiento de atención médica como respuesta a una llamada del 911. Este servicio es proporcionado por compañías de bomberos locales. Pero si usted atraviesa una afección médica de emergencia, llame al 911.</i></p> <p>Transporte médico que no es de emergencia  <i>Las MCO no tienen la obligación de brindar transporte para consultas médicas que no sean de emergencia. Salvo cuando lo envían a un condado lejano para recibir un tratamiento que usted podría recibir en un condado más cercano.</i></p> <p>Determinadas MCO podrán brindar servicios de transporte como pases para autobús, servicios de transporte en furgoneta y taxis hasta citas médicas. Llame a su MCO para ver si proporcionan algún tipo de servicio de transporte.</p> <p>Los LHD brindan transporte médico que no es de emergencia a las personas calificadas. El transporte sólo se brinda a servicios cubiertos por Medicaid. El transporte a través del LHD está destinado a personas que no cuentan con otros medios para ir a sus citas. Si usted selecciona a una MCO que no se ofrece dentro de su área de servicio, tanto el LHD como la MCO no tienen obligación de brindar servicios de transporte médico que no sean de emergencia.</p> <p>Para recibir asistencia con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte de LHD. Para recibir asistencia con el transporte de su departamento de salud local, llame al programa de transporte del departamento de salud local.</p>

#### **D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO pero no por el Estado**

A comienzos de cada año, las MCO deben avisar al Estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también se llaman beneficios opcionales. La MCO no está obligada a brindar servicios adicionales y el Estado no los cubre. Si alguna vez se produce un cambio en el(los) servicio(s) adicional(es) de la MCO, se le enviará notificación por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia los servicios adicionales o deja de ofrecerlos, no es una razón aprobada para cambiar las MCO. Los servicios y limitaciones opcionales de cada servicio pueden variar según la MCO. El transporte hasta servicios opcionales podrá o no ser proporcionado por la MCO. Para conocer los servicios y limitaciones opcionales proporcionados por su MCO, vea el Anexo C o llame a Servicios para Afiliados de MCO.

## E. Beneficios y servicios excluidos no cubiertos por las MCO ni el Estado

A continuación figuran los beneficios y servicios que las MCO y el Estado no están obligados a cubrir (llamados servicios excluidos). El Estado requiere que las MCO excluyan la mayoría de estos servicios. Algunos de estos servicios, como odontología para adultos, podrán estar cubiertos por una MCO. Vea el Anexo C o llame a Servicios para Afiliados de MCO para conocer sus beneficios y servicios adicionales.

Beneficios y servicios no cubiertos:

- Servicios dentales para adultos (salvo mujeres embarazadas y jóvenes menores de 26 años que estuvieron en hogar de acogida).
- Servicios de ortodoncia para personas mayores de 21 años o niños que no tienen un problema grave que les dificulte hablar o ingerir.
- Medicamentos de venta libre (salvo la aspirina recubierta para artritis, insulina, píldoras de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años).
- Cuidado de pies de rutina para adultos mayores de 21 años que no padecen diabetes o problemas vasculares.
- Zapatos (ortopédicos) y soportes especiales para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares.
- Vacunas para viajar fuera de Estados Unidos continental o atención médica fuera de los Estados Unidos.
- Dieta y programas de ejercicios para ayudarle a perder peso.
- Cirugía cosmética para mejorar su apariencia pero que usted no necesita por ninguna razón médica.
- Servicios de tratamiento de la fertilidad, incluidos servicios para revertir una esterilización voluntaria.
- Habitación privada en hospital para personas sin una razón médica como padecer una enfermedad contagiosa.
- Enfermería de atención privada para personas mayores de 21 años;
- Autopsias.
- Nada experimental a menos que sea parte de un ensayo clínico aprobado y
- Nada de lo que no tenga ninguna necesidad médica.

## F. Cambio de beneficios y de establecimientos de prestación de servicios

### Cambio de beneficios

A veces los beneficios y servicios de HealthChoice pueden rechazarse, reducirse o eliminarse dado que ya no son más necesarios desde el punto de vista médico. Esto se denomina una determinación de beneficio adversa. Si se produce esta situación, usted recibirá una carta por correo antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá la posibilidad de presentar un reclamo.

### Pérdida de beneficios

La pérdida de beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad para Medicaid. La omisión de presentar los documentos necesarios para la redeterminación de Medicaid o de cumplir con los criterios de elegibilidad de Medic-

aid puede ocasionar la desafiliación de HealthChoice. Si se torna inelegible para Medicaid, el Estado lo desafiliará de la MCO y perderá los beneficios de HealthChoice. Si recupera la elegibilidad en un plazo de 120 días, será afiliado nuevamente de manera automática con la misma MCO.

### **Cambio de establecimientos de atención médica**

Se lo notificará por escrito en caso de producirse un cambio de establecimiento del proveedor de atención médica. Si el proveedor es un PCP y el cambio de establecimiento es demasiado lejos de su casa, puede llamar a Servicios para Afiliados de MCO a fin de cambiarlo por un PCP que esté dentro de su área.