

# 2015 Resumen de Beneficios

## UPMC for Kids Resumen de Beneficios

UPMC for Kids™ está disponible a través de un contrato con el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de Pennsylvania. Este programa obtiene financiación de los gobiernos estatal y federal, y proporciona seguro médico a niños y adolescentes de hasta 19 años.

En base a su ingreso, los miembros son inscriptos ya sea en CHIP *gratuito*, CHIP *debajo costo* o CHIP de *costo completo*. Los beneficios son los mismos para los grupos de CHIP *gratuito*, CHIP de *bajo costo* o CHIP de *costo completo*, solo varían los copagos. No se aplican copagos para CHIP *gratuito*. Hay copagos para CHIP de *bajo costo* y de *costo completo*. Los copagos varían para estos dos grupos. Los miembros están asignados a los grupos correspondientes de acuerdo a sus ingresos, lo cual es determinado por el Departamento de Seguros de Pennsylvania (Pennsylvania Insurance Department, PID).

Los beneficios están basados en un plan anual que comienza el 1 de agosto. Todos los servicios deben ser brindados por un proveedor participante de UPMC for Kids, excepto los servicios de emergencia. Para algunos servicios se necesita una autorización previa de UPMC for Kids.

Estos beneficios se describen a continuación:

### A. Servicios hospitalarios

#### **Admisiones en el hospital para procedimientos médicos, quirúrgicos, de salud mental, de enfermería especializada y de rehabilitación: copago de \$0**

- ▶ Limitado a un máximo de 90 días por año del plan.
- ▶ Todos los tipos anteriores de admisiones se contabilizan para alcanzar este límite.
- ▶ Las pruebas de preadmisión tienen cobertura como parte de la admisión.
- ▶ Los trasplantes tienen cobertura, excepto los que se consideran experimentales.
- ▶ Los servicios de médicos para cirugía, de auxiliares médicos y de anestesia tienen cobertura.
- ▶ La administración de sangre o de derivados tiene cobertura mientras el paciente está en el hospital.

El uso de una habitación semiprivada tiene cobertura. El programa cubre el uso de una habitación privada si es apropiada y necesaria desde el punto de vista médico.

Si un miembro usa en un año del plan todas sus consultas ambulatorias de salud mental, puede intercambiar hasta un total de 10 días de internación sin usar, en el mismo año del plan, por hospitalizaciones parciales para recibir servicios de salud mental, por consultas ambulatorias intensivas (IOP) o por consultas ambulatorias. El intercambio puede hacerse según cualquiera de las combinaciones que se indican a continuación, pero no puede superar la cantidad de 10 días de internación sin usar:

- ▶ Puede intercambiar los días de internación en una proporción de 1:2 hasta un máximo de 20 hospitalizaciones parciales (1 día de internación equivale a 2 hospitalizaciones parciales).
- ▶ Puede intercambiar los días de internación en una proporción de 1:2 hasta un máximo de 20 consultas IOP (1 día de internación equivale a 2 consultas IOP).
- ▶ Puede intercambiar los días de internación en una proporción de 1:2 hasta un máximo de 20 consultas ambulatorias (1 día de internación equivale a 2 consultas ambulatorias).

No puede intercambiar consultas ambulatorias sin usar para salud mental por días de internación.

---

#### **Internación para tratamiento de desintoxicación por abuso de sustancias: copago de \$0**

- ▶ Limitado a un máximo de 7 días por admisión. Sin límite de por vida.

#### **Internación para rehabilitación por abuso de sustancias y servicios residenciales no hospitalarios: copago de \$0**

- ▶ Limitado a un máximo de 90 días de atención residencial por año del plan.

## B. Visitas a la sala de emergencia

La cobertura para visitas a la sala de emergencia se regirá por el estándar de persona común y prudente sin conocimientos específicos sobre salud, el cual está definido de la siguiente manera:

La aparición repentina de un problema médico que se manifiesta con síntomas o dolor de gravedad tal que una persona con conocimientos básicos de salud y medicina puede suponer razonablemente que la falta de atención médica inmediata puede:

- ▶ Poner en grave riesgo la salud del miembro (si se trata de una embarazada, la salud de la miembro y de su hijo por nacer).
- ▶ Provocar un deterioro grave de las funciones corporales.
- ▶ Causar una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

**Los copagos para visitas a la sala de emergencia se enumeran debajo:**

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
Sin copago	\$25 (no se aplica si el paciente es admitido en el hospital)	\$50 (no se aplica si el paciente es admitido en el hospital)

### **Servicio de ambulancia: copago de \$0**

El servicio de ambulancia es cubierto cuando se utiliza un vehículo especialmente equipado para transportar a personas lesionadas o enfermas. El servicio de ambulancia tiene cobertura en caso de emergencia para trasladar al miembro al hospital más cercano para recibir tratamiento, para traslado entre hospitales e instalaciones de enfermería especializada.

## C. Consultas para atención urgente

Los centros de atención urgente brindan acceso a tratamiento médico cuando un miembro de UPMC *for Kids* está enfermo o lesionado y su médico de atención primaria (PCP) no está disponible. Los médicos y los enfermeros practicantes que trabajan en estos centros evalúan y tratan problemas médicos de urgencia, es decir, cualquier enfermedad, lesión o problema médico grave que, según los estándares razonables de la práctica médica, puede diagnosticarse y tratarse en un período de 24 horas, y que si no recibe tratamiento, puede convertirse rápidamente en una crisis o un problema médico de emergencia.

No es necesario programar una cita o contar con una referencia para visitar una instalación participante de UPMC *for Kids*.

**Los copagos para consultas de atención urgente se detallan a continuación:**

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
Sin copago	Copago de \$10	Copago de \$25

## D. Atención urgente fuera del área de servicio

Se brinda cobertura de UPMC *for Kids* si el miembro viaja fuera de nuestra área de servicio y tiene un problema médico de urgencia para el que necesita atención médica antes de volver al área de servicio. es decir, cualquier enfermedad, lesión o problema médico grave que, según los estándares razonables de la práctica médica, puede diagnosticarse y tratarse en un período de 24 horas, y que si no recibe tratamiento, puede convertirse rápidamente en una crisis o un problema médico de emergencia. Aquí también se incluyen situaciones en las que se pospone el alta del hospital de una persona hasta que se aprueben los servicios, o en las que la capacidad de una persona de evitar la hospitalización depende de la pronta aprobación de los servicios.

UPMC *for Kids* no cubre la atención de rutina fuera del área de servicio del plan.

**Los copagos para consultas de atención urgente fuera del área se detallan a continuación:**

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
Sin copago	copago de \$10	Copago de \$25

## E. Consultas médicas

Las consultas ambulatorias sobre salud física están limitadas a 50 por año del plan. Las consultas a especialistas, por enfermedad al PCP o al especialista y las cirugías para pacientes ambulatorios se encuentran incluidas en el límite de 50 consultas.

### Proveedor de atención primaria

Prevención y atención médica, incluyendo:

- ▶ Exámenes físicos de rutina
- ▶ Exámenes del niño sano
- ▶ Consultas por enfermedad (se contabilizan para el límite de 50 consultas)
- ▶ Pruebas de diagnóstico cubiertas realizadas en el consultorio médico
- ▶ Vacunas
- ▶ Visitas al hospital\*

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
Copago de \$0 por servicios preventivos, que incluyen control pediátrico, pruebas de laboratorio e inmunizaciones.	Copago de \$0 por servicios preventivos, que incluyen control pediátrico, pruebas de laboratorio e inmunizaciones.	Copago de \$15 por servicios preventivos, que incluyen control pediátrico, pruebas de laboratorio e inmunizaciones.
\$0 de copago en consultas por enfermedad	\$5 de copago en consultas por enfermedad	Copago de \$15 en consultas por enfermedad

### Especialistas

- ▶ Visitas al consultorio médico (se contabilizan para el límite de 50 consultas)
- ▶ Pruebas de diagnóstico cubiertas realizadas en el consultorio médico
- ▶ Cirugía ambulatoria (se contabiliza para el límite de 50 consultas)
- ▶ Visitas al hospital\*
- ▶ Cirugía en el hospital

No es necesario tener una referencia del PCP para consultar a un especialista participante. No obstante, el PCP debe saber que el miembro consulta al especialista para que pueda coordinar la atención necesaria.

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago en consultas con especialistas	Copago de \$10 en consultas con especialistas	\$25 de copago en consultas con especialistas

### Ginecólogo obstetra

- ▶ Examen ginecológico anual
- ▶ Examen de los senos
- ▶ Atención de maternidad durante el embarazo: consultas prenatales y posparto
- ▶ Otras visitas al consultorio médico (se contabilizan para el límite de 50 consultas)
- ▶ Prueba de Papanicolau
- ▶ Servicios de planificación familiar y consejería
- ▶ Pruebas de diagnóstico cubiertas realizadas en el consultorio médico
- ▶ Cirugía ambulatoria (se contabiliza para el límite de 50 consultas)
- ▶ Visitas al hospital\*

No es necesario tener una referencia del PCP para consultar a un ginecólogo obstetra participante. No obstante, el PCP debe saber que el miembro consulta al ginecólogo obstetra para que pueda coordinar la atención necesaria.

Los copagos se basarán en las tarifas del proveedor de atención primaria o especialista. Si está registrado como proveedor de atención primaria, se aplicará el copago más bajo, de PCP. Si está registrado como especialista, se aplicará un copago más alto correspondiente a especialistas.

\*Los copagos se aplican para visitas al consultorio, no para consultas en el hospital.

## E. Consultas médicas (continuación)

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago en consultas ginecológicas de rutina	\$0 de copago en consultas ginecológicas de rutina	Copago de \$15 en consultas ginecológicas de rutina
\$0 de copago en otras consultas ginecológicas	Copago de \$5 o \$10 en otras consultas ginecológicas	Copago de \$15 o \$25 en otras consultas ginecológicas
\$0 de copago en consultas de obstetricia	\$0 de copago en consultas de obstetricia	\$0 de copago en consultas de obstetricia

### Servicios para alergias Copago de \$0

- ▶ Suero para alergias
- ▶ En caso de que se brinden junto con una visita al consultorio médico, los siguientes servicios se contabilizan dentro del límite de 50 consultas:
  - Pruebas de diagnóstico para alergias
  - Inyecciones para alergias

### Exámenes y aparatos para la audición: copago de \$0

- ▶ Cubierto cada dos años:
  - Examen auditivo (se contabiliza para el límite de 50 consultas, excepto los exámenes que se realizan en una consulta preventiva/pediátrica)
  - Aparatos para la audición y ajustes (uno por oído cada dos años)

## F. Servicios ambulatorios de salud de la conducta

### Consultas ambulatorias de salud mental:

- ▶ Limitado a 50 consultas por año del plan.
  - Las sesiones ambulatorias de salud mental cuentan como 1 consulta. La revisión de la medicación y la terapia de grupo cuentan como 1/2 consulta.
  - Las sesiones ambulatorias intensivas (IOP) cuentan como 1 consulta.
  - Las hospitalizaciones parciales cuentan como 1 consulta.

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

### Servicios ambulatorios de rehabilitación por abuso de sustancias:

- ▶ Limitado a 90 sesiones completas o una cantidad equivalente de consultas ambulatorias con hospitalización parcial por abuso de sustancias por año del plan.

Según las necesidades del niño, estos beneficios pueden intercambiarse para tener acceso a otros niveles de tratamiento. Vea cómo a continuación.

- ▶ 30 consultas ambulatorias por abuso de sustancias por año del plan NO están disponibles para el intercambio.
- ▶ 60 consultas ambulatorias por abuso de sustancias por año del plan pueden intercambiarse por hospitalizaciones parciales o consultas IOP, o bien por días de internación no hospitalaria para rehabilitación. Más abajo se describen ejemplos de intercambios, y bajo ninguna circunstancia podrán intercambiarse más de 60 consultas ambulatorias por abuso de sustancias por año del plan.
  - Puede intercambiar 60 consultas ambulatorias por abuso de sustancias en una proporción de 1:1 hasta por 60 consultas IOP.
  - Puede intercambiar 60 consultas ambulatorias por abuso de sustancias en una proporción de 1:1 hasta por 60 consultas por hospitalizaciones parciales.
  - Una vez que utiliza la totalidad de las 90 consultas de servicios residenciales ambulatorios no hospitalarios/de rehabilitación por abuso de sustancias para pacientes internados, puede intercambiar 60 consultas ambulatorias por abuso de sustancias en una proporción de 2:1 hasta por 30 días de internación no hospitalaria para rehabilitación (2 consultas ambulatorias equivalen a 1 día de internación no hospitalaria para rehabilitación).

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

## G. Trastornos del espectro autista

UPMC *for Kids* brinda cobertura a todos los miembros elegibles para la evaluación de diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Se brinda cobertura para los siguientes servicios, en tanto y en cuanto sean necesarios desde el punto de vista médico para la evaluación/tratamiento de los trastornos del espectro autista:

- ▶ Cobertura de medicamentos recetados;
- ▶ servicios de psiquiatría y/o psicología; y
- ▶ servicios de rehabilitación y atención terapéutica.

La cobertura del trastorno del espectro autista se encuentra limitada a un beneficio máximo de \$36,000 por miembro por año del plan. La cobertura, de conformidad con esta sección, queda sujeta al copago y a cualquier otra exclusión o limitación general incluida en el folleto de Exclusiones de UPMC *for Kids*.

### El tratamiento de los trastornos del espectro autista debe ser:

- ▶ Identificado en un plan de tratamiento.
- ▶ Recetado, solicitado o provisto por auxiliar médico con licencia, psicólogo con licencia, trabajador social clínico con licencia o enfermero practicante titulado.
- ▶ Brindado por un proveedor de servicios para autismo, o una persona, entidad o grupo que trabaje bajo la dirección de un proveedor de servicios para autismo.

### Las siguientes definiciones se aplican a este beneficio:

- ▶ **Proveedor de servicios para el autismo** se refiere a cualquiera de los siguientes: 1.) una persona, entidad o grupo que proporciona tratamiento para trastornos del espectro autista, de conformidad con un plan de tratamiento, con licencia o certificado por la mancomunidad de Pennsylvania; y 2.) cualquier persona, entidad o grupo que proporciona tratamiento para trastornos del espectro autista, de conformidad con un plan de tratamiento, que está inscripto en el programa Medical Assistance de la mancomunidad de Pennsylvania desde o antes del 1 de julio de 2009.
- ▶ **Trastornos del espectro autista:** cualquiera de los trastornos generalizados de desarrollo definidos en la edición más actualizada del Manual de diagnósticos y estadísticas de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]), o su sucesor, entre ellos el autismo, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo.
- ▶ **Plan de tratamiento:** plan para el tratamiento de trastornos del espectro autista desarrollados por un médico con licencia de conformidad con una evaluación o reevaluación integral realizada de acuerdo con el informe clínico o las recomendaciones más recientes de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics).

Ante la denegación o denegación parcial por parte de una compañía aseguradora de un reclamo de evaluación de diagnóstico de trastornos de autismo o una solicitud de tratamiento de trastornos del espectro autista, un miembro de UPMC *for Kids* o un representante autorizado tienen derecho a un proceso de revisión interna acelerado seguido de un proceso de revisión externa acelerado e independiente, establecido y administrado por el Departamento de Seguros. Usted o un representante autorizado pueden apelar ante un tribunal con jurisdicción competente para solicitar un proceso de revisión externa independiente acelerada que desapruebe una denegación o denegación parcial. Hasta que el tribunal expida su fallo, nos haremos cargo de los servicios autorizados o indicados, si hubiera alguno.

## H. Servicios ambulatorios

### Educación sobre la diabetes: copago de \$0

### Diagnóstico por imágenes: copago de \$0

- ▶ Radiografías y sonogramas
- ▶ Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes, como resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)

### Análisis de laboratorio: copago de \$0

## H. Servicios ambulatorios (continuación)

### Educación sobre maternidad: copago de \$0

- ▶ Clases de preparación para el parto (Lamaze) y curso de repaso
- ▶ Clases sobre crianza de niños
- ▶ Clases sobre lactancia materna
- ▶ Doula: apoyo no médico durante el parto (disponible con proveedores participantes)

### Terapia de nutrición médica: copago de \$0

- ▶ Brindado por un dietista o programa comunitario, según lo ordenado por un médico para determinados diagnósticos de tratamiento de enfermedades y problemas médicos crónicos.

### Servicios de terapia médica: copago de \$0

- ▶ Quimioterapia
- ▶ Radioterapia
- ▶ Diálisis
- ▶ Terapia respiratoria
- ▶ Terapia de infusión

### Asesoramiento sobre nutrición: copago de \$0

- ▶ A cargo de un dietista o un programa comunitario, según lo indique el médico, para cualquier diagnóstico

### Terapia ocupacional, física y del habla

- ▶ Limitada a 60 consultas por tipo de terapia por año del plan.

CHIP <i>gratuito</i>	CHIP <i>de bajo costo</i>	CHIP <i>de costo completo</i>
\$0 de copago por consulta	Copago de \$10 por consulta	\$25 de copago por consulta

### Control del dolor: copago de \$0

### Cirugía ambulatoria: copago de \$0

- ▶ Es posible que deba obtenerse una autorización previa para algunos procedimientos.

### Asesoramiento para dejar de fumar: copago de \$0

- ▶ Limitado a 50 consultas por año del plan.
- ▶ El PCP también puede proporcionar este servicio

## I. Servicios de atención médica a domicilio

### Atención médica en el hogar: copago de \$0

- ▶ Limitada a 60 días por año del plan
- ▶ Incluye consultas de enfermería a domicilio
- ▶ Enfermero privado
  - Limitado a un máximo de 16 horas por día

### Cuidado para enfermos terminales: copago de \$0

- ▶ Cuando es necesario desde el punto de vista médico

## J. Equipo y suministros

### Aparatos correctivos: copago de \$0

- ▶ Ortopedia
- ▶ Plantillas para zapatos y calzado ortopédico para miembros que fueron diagnosticados con diabetes
- ▶ Prótesis

## J. Equipo y suministros (continuación)

### Suministros para diabéticos, obtenidos a través de farmacias

- ▶ Medidores de glucosa
- ▶ Tiras reactivas
- ▶ Lancetas
- ▶ Insulina
- ▶ Jeringas

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago para medicamentos genéricos	\$6 de copago para medicamentos genéricos	Copago de \$10 para medicamentos genéricos
\$0 de copago para medicamentos de marca	\$9 de copago para medicamentos de marca	Copago de \$18 para medicamentos de marca

### Equipo médico duradero: copago de \$0

- ▶ Limitado a \$5,000 por año del plan.
- ▶ Cuando es necesario desde el punto de vista médico.
- ▶ Para algunos servicios se necesita una autorización previa de UPMC *for Kids*.

### Sonda nasogástrica, alimentación parenteral: copago de \$0

- ▶ Limitado al tratamiento de ciertas enfermedades (para condiciones específicas, por favor consulte la sección de suplementos nutricionales en el manual de exclusiones de UPMC *for Kids*)

## K. Farmacias

UPMC *for Kids* ofrece cobertura para medicamentos con receta y para algunos de venta libre. Se debe seguir el vademécum de los beneficios de farmacia de UPMC *for Kids*. Encontrará más información sobre los beneficios farmacéuticos en el folleto de UPMC *for Kids*.

### Medicamentos recetados

- ▶ Cobertura para medicamentos de marca y genéricos
  - Si está disponible, se utilizará la versión genérica de un medicamento en reemplazo de la versión de marca. Si el médico indica que es necesario usar un medicamento de marca, la solicitud quedará sujeta a la revisión de UPMC *for Kids*.
- ▶ Servicio por correo disponible para medicamentos crónicos.
- ▶ Algunos medicamentos especiales utilizados para tratar enfermedades complejas deben ser pedidos a través de un proveedor de medicamentos especializados de *for Kids*.

### Medicamentos recetados para compra en farmacias, suministro para un mes

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago para medicamentos genéricos	\$6 de copago para medicamentos genéricos	Copago de \$10 para medicamentos genéricos
\$0 de copago para medicamentos de marca	\$9 de copago para medicamentos de marca	Copago de \$18 para medicamentos de marca

### Medicamentos recetados para pedido por correo, suministro para tres meses

<b>CHIP gratuito</b>	<b>CHIP de bajo costo</b>	<b>CHIP de costo completo</b>
\$0 de copago para medicamentos genéricos	Copago de \$12 para medicamentos genéricos	\$20 de copago para medicamentos genéricos
\$0 de copago para medicamentos de marca	Copago de \$18 para medicamentos de marca	\$36 de copago para medicamentos de marca

## K. Farmacias (continuación)

### Medicamentos de venta libre

- ▶ Tienen cobertura los fármacos de la lista de medicamentos que pueden comprarse sin receta. Por ejemplo, vitaminas, analgésicos y productos para dejar de fumar.
- ▶ Tienen cobertura solo si el médico expide una receta para el medicamento de venta libre

El beneficio de farmacia cubre un suministro de hasta 30 días para medicamentos de venta minorista, medicamentos especializados y sustancias controladas. Se puede usar el servicio de venta por correo para un suministro de hasta 90 días de medicamentos para enfermedades crónicas o de tratamiento prolongado, excepto para medicamentos especializados, medicamentos de venta libre o sustancias controladas. La cantidad de renovaciones de recetas permitida dependerá del tipo de medicamento. El período máximo para la renovación de recetas es de un año a partir de la fecha en que se expide la receta original.

CHIP <i>gratuito</i>	CHIP <i>de bajo costo</i>	CHIP <i>de costo completo</i>
\$0 de copago para medicamentos genéricos	\$6 de copago para medicamentos genéricos	Copago de \$10 para medicamentos genéricos
\$0 de copago para medicamentos de marca	\$9 de copago para medicamentos de marca	Copago de \$18 para medicamentos de marca

## L. Servicios dentales

Todos los servicios preventivos, de diagnóstico y demás servicios dentales, con la excepción de los servicios de ortodoncia, se limitan a un máximo de \$1,500 por miembro por año calendario. Consulte la sección Ortodoncia de abajo para obtener más información sobre los servicios de ortodoncia.

Vea a continuación los tipos de servicios dentales que tienen cobertura:

### Servicios preventivos y de diagnóstico:

- ▶ Dos exámenes de rutina por año, incluida la limpieza dental (un examen cada 6 meses).
- ▶ Dos tratamientos tópicos con fluoruro por año (un tratamiento cada 6 meses).
- ▶ Dos aplicaciones tópicas de esmalte de fluoruro por año. Los servicios pueden ser brindados por un proveedor de servicios dentales o un PCP.
- ▶ Selladores para miembros menores de 18 años para las muelas permanentes que no tengan caries y/o restauraciones. Un sellador por muela cada 3 años excepto cuando haya evidencia visible de falla clínica
- ▶ Radiografías dentales:
  - Las radiografías de la boca completa se limitan a una por cada periodo de 3 años
  - Las radiografías de mordida se limitan a una por cada período de 6 meses.
- ▶ Los mantenedores de espacio se limitan a uno por diente por cada periodo de 5 años.

### Otros servicios:

- ▶ Anestesia cuando se administra como parte de un servicio cubierto
- ▶ Coronas (para algunas coronas se necesita una autorización previa de UPMC *for Kids*)
- ▶ Dentadura; limitado a un set cada 60 meses
- ▶ Tratamiento temporal de emergencia para un problema dental grave que requiere atención inmediata
- ▶ Empastes: restauraciones de material compuesto a base de amalgama y resina
- ▶ Pulpotomías
- ▶ Extracción de dientes retenidos (en tejido blando, parciales y en hueso)
- ▶ Endodoncias
- ▶ Extracciones simples

## L. Servicios dentales (continuación)

### Ortodoncia (frenillos)\*<sup>⑩</sup>

(no por motivos estéticos, sólo cuando es necesaria desde el punto de vista médico).

Los servicios de ortodoncia integral tienen un límite de por vida de \$5,200 por miembro.

- ▶ Evaluaciones para el posible uso de ortodoncias:
  - Solo tienen cobertura como un servicio separado si se determina que el miembro no cumple con los requisitos para acceder a otros servicios de ortodoncia.
  - Se limitan a una vez por período de beneficios.
  - Cuando se cubren como un servicio separado, la aplicación se aplica al límite de \$1,500 del beneficio anual de servicios de odontología en lugar del límite de \$5,200 del beneficio por única vez por tratamiento de ortodoncia completo.
- ▶ Colocación, ajuste y extracción de ortodoncias.
- ▶ Los dispositivos de retención se limitan a uno; los reemplazos no tienen cobertura.

<sup>⑩</sup>Requiere autorización previa de UPMC for Kids

## M. Servicios para la vista

Se ofrece cobertura para los exámenes de la vista de rutina y los anteojos, y para los lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico. No se aplican copagos a los servicios para la vista de rutina. Los servicios oftalmológicos prestados bajo un beneficio médico tendrán copagos aplicables.

### Examen de la vista: copago de \$0

- ▶ 1 examen de rutina de la vista por cada período de 12 meses.

### Lentes y armazones o lentes de contacto recetados: copago de \$0

- ▶ Asignación de hasta \$100 en un período de 12 meses:
  - Lentes y armazones o lentes de contacto recetados (incluido el ajuste de las lentes).
  - Ajustes del armazón hasta por 90 días a partir de la fecha en que el miembro recibe los anteojos.
- ▶ El miembro deberá pagar todos los cargos que superen la asignación de \$100

El remplazo por rotura, pérdida, robo o daño de lentes, armazones o lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médica (cuando se considere que el remplazo es necesario desde el punto de vista médico) no puede exceder dos recetas por año (original y remplazo).

### Servicios de la vista para un problema médico copago de \$0

- ▶ Los armazones y las lentes recetadas y los ajustes para lentes de contacto tienen cobertura cuando el paciente tiene un diagnóstico de cataratas, queratocono o afaquia. La asignación de \$100 no se aplica para estos problemas médicos. La cobertura es total.

## N. Servicios y programas adicionales

No hay copagos para los servicios que se describen debajo a menos que se especifique.

### Programas de administración de la atención médica:

Para ayudar a los miembros y a sus familias a administrar su salud, tenemos diversos programas para algunas enfermedades específicas. La participación en estos programas es voluntaria. Los programas son:

- ▶ Asma
- ▶ Diabetes.
- ▶ Maternidad.

## N. Servicios y programas adicionales (continuación)

### **Tabaquismo:**

Para ayudar a que nuestros miembros dejen de fumar o usar tabaco, les brindamos información acerca de qué pueden hacer para dejar de fumar. Consulte los beneficios para el asesoramiento sobre cómo dejar de fumar (50 sesiones de asesoramiento por año) y productos con cobertura para dejar de fumar. (Se aplican copagos para los medicamentos para dejar de fumar como se indica en la sección Farmacias).

### **Obesidad:**

- ▶ El objetivo es promover un estilo de vida saludable para los miembros y sus familias.
- ▶ Su PCP puede brindarle información sobre dieta y ejercicios.
- ▶ Consulte los beneficios del asesoramiento sobre nutrición.
- ▶ Consulte el programa *MyHealth Community* para obtener descuentos para miembros en gimnasios y otras actividades.

### **MyHealth Community:**

- ▶ Un programa que ofrece descuentos que ayudan a promover un estilo de vida saludable y activo para los niños y sus familias.

### **Línea de consejos MyHealth:**

- ▶ La línea de consejos sobre la salud UPMC *MyHealth Advice* está disponible los 7 días de la semana las 24 horas para responder sus preguntas de atención médica.
- ▶ Una enfermera matriculada lo ayudará cuando llame al 1-866-918-1591.

### **MyHealth OnLine:**

La membresía de CHIP con UPMC *for Kids* incluye el acceso al recurso en línea *MyHealth OnLine*. En este sitio web seguro y fácil de usar, usted puede acceder a información actualizada las 24 horas los 7 días de la semana. Usted puede:

- ▶ Analizar sus beneficios y copagos
- ▶ Ver y pagar sus facturas (miembros de bajo costo y de costo completo de CHIP)
- ▶ Buscar médicos y farmacias
- ▶ Ver qué medicamentos con receta están cubiertos por su plan
- ▶ Obtener descuentos y ahorros a través de empresas participantes, entre ellos gimnasios, spas y tiendas de alimentos naturales
- ▶ Descubrir recursos sanitarios para niños, adolescentes y jóvenes
- ▶ Conversar en línea con un miembro de servicios de asistencia sanitaria

Este servicio es un beneficio mejorado para los miembros de CHIP, que llega a usted por cortesía de UPMC *for Kids*.

## O. Servicios sin cobertura

UPMC *for Kids* no ofrece cobertura para ciertos servicios, y algunos que sí tienen cobertura pueden estar sujetos a limitaciones. Consulte el documento aparte llamado "Exclusiones de UPMC *for Kids*" para obtener una lista de servicios no cubiertos.

UPMC *for Kids*™  
PO Box 2876  
Pittsburgh, PA 15230

 [www.facebook.com/upmcforkids](http://www.facebook.com/upmcforkids)

1-800-650-8762  
Servicios por equipo teleescritor: 1-800-361-2629  
Visite nuestro sitio web en:  
[www.upmchealthplan.com/members/forkids](http://www.upmchealthplan.com/members/forkids)

**Es posible que este plan de atención  
médica administrada no cubra todos  
sus gastos de atención médica.**

**Lea todo el material atentamente para  
determinar qué servicios de atención  
médica están cubiertos.**

## UPMC HEALTH PLAN

U.S. Steel Tower, 600 Grant Street  
Pittsburgh, PA 15219

[www.upmchealthplan.com](http://www.upmchealthplan.com)



UPMC *for Kids*