

**COBERTURA DEL PLAN DE SALUD B DE GENESEE
a partir del 1 de enero de 2025**

Servicios	Responsabilidad del miembro															
Preventive Services																
<ul style="list-style-type: none"> ● Examen físico anual (incluye examen pélvico, de mama y pruebas de Papanicolaou) ● Incluye Mamografías ● Incluye colonoscopia o examen Cologuard (consulte la página 5 para obtener más detalles) <p><i>Las mujeres que califican para exámenes/servicios bajo los Programas de Cáncer de Mama y Cuello Uterino pueden ser remitidas a ese programa para recibir servicios según corresponda.</i></p>	<p>copago de \$3 copago de \$5 \$10 por la primera colonoscopia (\$50 de copago por cualquier colonoscopia adicional)</p>															
<p>Vacunas limitadas a través del consultorio médico o del Departamento de Salud del Condado de Genesee:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>- Hepatitis A&B</td> <td>- Influenza*</td> <td>- MMR (sarampión, paperas y rubeola)</td> </tr> <tr> <td>- Meningitis</td> <td>- Neumonía*</td> <td>- Polio</td> </tr> <tr> <td>- Tétanos</td> <td>- Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina)</td> <td>- Varicela</td> </tr> <tr> <td>- Shingrix* (ages 50+)</td> <td>- HPV Vacuna (ages 19-26)</td> <td>- RSV* (edad 60+)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>- Covid 19*</td> </tr> </table> <p><i>* También cubierto en farmacia (es posible que deba pagar una tarifa adicional por inyección de vacunas)</i></p>	- Hepatitis A&B	- Influenza*	- MMR (sarampión, paperas y rubeola)	- Meningitis	- Neumonía*	- Polio	- Tétanos	- Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina)	- Varicela	- Shingrix* (ages 50+)	- HPV Vacuna (ages 19-26)	- RSV* (edad 60+)			- Covid 19*	<p>Copago de \$3 cada uno</p>
- Hepatitis A&B	- Influenza*	- MMR (sarampión, paperas y rubeola)														
- Meningitis	- Neumonía*	- Polio														
- Tétanos	- Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina)	- Varicela														
- Shingrix* (ages 50+)	- HPV Vacuna (ages 19-26)	- RSV* (edad 60+)														
		- Covid 19*														
Servicios de consultorio médico																
Visita al consultorio de atención primaria	copago de \$3															
Visita al consultorio del especialista	copago de \$10															
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (NO DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA)																
<p>Profesional cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios profesionales programados y realizados por un médico ● Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios del centro relacionados con los servicios profesionales realizados <p><i>Si recibe una factura del hospital por servicios de un centro para pacientes ambulatorios, comuníquese con GHP al (844) 232-7740</i></p>	<p>copago de \$50 copago de \$5</p>															
Servicios de diagnóstico																
<p>Laboratorio cubierto si lo solicita un MD, DO, PA o NP en una instalación independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los servicios de laboratorio proporcionados únicamente por JVHL o Quest Labs están cubiertos ● Los servicios de laboratorio realizados en el consultorio de un médico se limitan a los laboratorios en el consultorio aprobados por Genesee Health Plan ● Vaya al Departamento de Salud local para obtener servicios relacionados con la tuberculosis, las ETS o el VIH 	<p>copago de \$0</p>															
<p>Radiología cubierta si la solicita un MD, DO, PA o NP en un hospital para pacientes ambulatorios/centro independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incluye MRI/MRA y tomografías computarizadas: se requiere autorización previa ● Incluye exploración de densidad ósea (DEXA, DXA) ● Incluye Mamografías ● Incluye procedimientos de endoscopia superior e inferior <p>Radiología nuclear: las siguientes pruebas de radiología nuclear están cubiertas si las solicita un médico, doctor en medicina, médico especialista o enfermera especialista en un hospital para pacientes ambulatorios o centro independiente: se requiere autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exploraciones de tiroides ● Escaneos HIDA ● Pruebas de estrés cardíaco <p>Todas las demás pruebas de radiología nuclear no están cubiertas en ningún entorno (incluidas las exploraciones por TEP, las exploraciones óseas, las exploraciones de vaciado gástrico o cualquier otro procedimiento relacionado con radioisótopos que no figura en la lista)</p>	<p>copago de \$5</p>															

COBERTURA DEL PLAN DE SALUD B DE GENESEE

A partir del 1 de enero de 2024

Servicios de quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión intravenosa	
<ul style="list-style-type: none"> ● Quimioterapia y radiación cubiertas solo en el consultorio ● Servicios de terapia de infusión intravenosa cubiertos únicamente en un entorno de consultorio <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia de infusión intravenosa de antibióticos cubierta en una clínica de infusión para pacientes ambulatorios 	copago de \$0
Las visitas a la clínica de atención urgente se limitan a dos por año calendario, y solo se pueden realizar en los proveedores de atención urgente que figuran en el Directorio de Proveedores de la Red de GHP.	
Las visitas a la clínica de atención urgente se limitan a dos por año calendario, y solo se pueden realizar en los proveedores de atención urgente que figuran en el Directorio de Proveedores de la Red de GHP.	\$10 copago
Atención de salud conductual	
Máximo 20 visitas de salud conductual para pacientes ambulatorios por año calendario. <ul style="list-style-type: none"> ● Los miembros de GHP pueden autoderivarse para servicios de salud conductual a cualquier proveedor de salud conductual en el Directorio de proveedores dentro de la red de GHP durante las primeras 10 visitas ● El proveedor de salud conductual debe comunicarse con un navegador de salud de GHP al (844) 232-7740 para solicitar la reautorización para cualquier visita adicional más allá de las 10 visitas iniciales ● <i>GHP no cubre servicios de salud mental para pacientes hospitalizados o de crisis</i> ● <i>Para intervención en crisis, comuníquese con Genesee Health System (GHS) al 810-257-3740</i> 	copago de \$0
Medicamentos con receta	
Cubierto si lo solicita un MD, DO, PA o NP. Consulte la página 4 (Opciones de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios) para obtener más información sobre la cobertura del beneficio de medicamentos recetados.	copago de \$3 Copago de \$0 por medicamentos/suministros para la diabetes Copago máximo de desembolso mensual de \$40
Otros servicios	
Servicios de audiología (audición) <ul style="list-style-type: none"> ● Las pruebas de audiología (audición) están cubiertas en un consultorio *Dispositivos auditivos NO están cubiertos* 	copago de \$10
Educación diabética <ul style="list-style-type: none"> ● Cubierto si lo solicita un MD, DO, PA o NP 	copago de \$0
Servicios de Navegador de Salud ~ Contacto (844) 232-7740 <ul style="list-style-type: none"> ● Los navegadores de salud de GHP lo ayudan a recibir la atención, la educación y el apoyo que necesita para controlar su enfermedad y llevar un estilo de vida saludable. Los navegadores de salud pueden ayudarlo a vincularlo con otros recursos en la comunidad para obtener servicios necesarios que no son un beneficio cubierto. 	copago de \$0
Suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> ● Cobertura limitada. Los suministros médicos como gasas, vendajes y suministros para ostomías están cubiertos ● Suministros para pruebas de diabetes cubiertos a través de farmacia 	copago de \$5 (Por fecha de servicio) copago de \$0
Equipo médico duradero (DME) <ul style="list-style-type: none"> ● Las máquinas CPAP automáticas están cubiertas cuando las solicita un MD, DO, PA o NP * Se requiere estudio del sueño en los últimos 2 años ● Suministros de CPAP 	copago de \$20/mes. (Máximo 10 meses) copago de \$5 (Por fecha de servicio)
Ejemplos de artículos DME que no están cubiertos: concentradores de oxígeno, medias de compresión, zapatos/plantillas para diabéticos, botas para caminar, muletas, andadores, bastones, sillas de ruedas, sillas de baño, aparatos ortopédicos. *Comuníquese con un asesor de salud de GHP si necesita equipo médico que no esté cubierto. (844) 232-7740	
Oftalmología <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios oftalmológicos generales (asociados al diagnóstico médico) ● Se cubren los exámenes de la vista por remisión relacionados con enfermedades crónicas 	copago de \$10

COBERTURA DEL PLAN DE SALUD B DE GENESEE

A partir del 1 de enero de 2024

Servicios de optometría (visión/vista) <ul style="list-style-type: none"> ● Incluye exámenes de visión para diabéticos ● Incluye exámenes de visión (asociados al diagnóstico médico) <p>*Los exámenes de la vista con el propósito de usar anteojos o lentes de contacto NO están cubiertos.</p>	copago de \$10
El manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de manejo del dolor realizados por un especialista en manejo del dolor en el consultorio únicamente 	copago de \$10
Servicios de podología <ul style="list-style-type: none"> ● Los servicios básicos de podología están cubiertos cuando los deriva un MD, DO, PA o NP; Estos servicios están disponibles para cualquier diagnóstico o condición relacionada con la podología. Los servicios incluyen, entre otros, procedimientos en el consultorio, inyecciones, tratamiento de fracturas y cuidado del pie diabético 	copago de \$10
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de fisioterapia: únicamente por el proveedor designado de Genesee Health Plan. <ul style="list-style-type: none"> ○ Máximo 12 visitas por condición por año ● Terapia ocupacional y del habla: evaluación cubierta únicamente 	copago de \$0 copago de \$10
Estudios del sueño <ul style="list-style-type: none"> ● Los estudios del sueño desatendidos/en el hogar están cubiertos si los solicita un médico, médico de cabecera, médico especialista o enfermera especialista y una puntuación EDS en la escala de somnolencia de Epworth superior a 10 ● Estudios del sueño asistidos: se requiere autorización previa: comuníquese con GHP Navegación de Salud al (844) 232-7740 	copago de \$5
Cuidado de heridas <ul style="list-style-type: none"> ● Cubierto en un consultorio o en una clínica de atención de heridas para pacientes ambulatorios 	copago de \$10 (\$50 máximo/año)
Dental	

Delta Dental PPO (Grupo #2260-0001): La fecha de beneficio por año es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Servicios de diagnóstico y preventivos

- | | |
|---|---------------|
| ● Servicios de Diagnóstico y Preventivos (incluye exámenes y limpiezas) | 100% cubierto |
| ● Tratamiento paliativo de emergencia (para aliviar temporalmente el dolor) | 100% cubierto |
| ● Biopsia con cepillo (para detectar cáncer oral) | 100% cubierto |
| ● Radiografías/rayos X | 100% cubierto |

Servicios básicos

- | | |
|--|---------------|
| ● Servicios de restauración menor (empastes y reparación de coronas) | 100% cubierto |
| ● Extracciones simples (extracción de dientes no quirúrgica) | 85% cubierto |
| ● Otros servicios de cirugía bucal (cirugía dental) | 80% cubierto |
| ● Mantenimiento periodontal (limpiezas realizadas por un especialista después de la terapia periodontal) | 100% cubierto |
| ● Servicios de periodoncia no quirúrgicos (servicios no quirúrgicos para tratar la enfermedad de las encías) | 85% cubierto |
| ● Revestimientos y reparaciones (de aparatos protésicos) | 50% cubierto |

Servicios principales

- | | |
|---|--------------|
| ● Servicios de Prostodoncia (puentes y dentaduras postizas) | 70% cubierto |
|---|--------------|

Máximo de \$1,500 por persona, por año calendario en Servicios Básicos y Servicios Mayores.

Diagnóstico y Preventivo no aplica al máximo.

Para obtener más información sobre su cobertura dental, llame a Delta Dental al (800)524-0149

COBERTURA DEL PLAN DE SALUD B DE GENESEE

A partir del 1 de enero de 2024

Servicios no cubiertos (los servicios adicionales no cubiertos se enumeran en las páginas 5 y 6)

- Ambulancia
- Servicios de rehabilitación cardíaca
- Servicios quiroprácticos
- Anticonceptivos*
- Diálisis
- Departamento de Emergencia
- Aparatos Auditivos
- Salud en el hogar
- Ayuda a domicilio (cuidado personal)
- Hospicio
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Centro de enfermería
- El embarazo
- Enfermería privada
- Prótesis/Ortesis
- Tratamiento por abuso de sustancias
- Transporte: emergente/no emergente
- Exámenes de la vista para uso de anteojos o lentes de contacto*

***Planificación familiar, incluidos exámenes de infertilidad, anticonceptivos o dispositivos anticonceptivos, consulte un programa de planificación familiar local para obtener servicios.**

***Servicios de la vista: si necesita un examen de la vista y anteojos, comuníquese con:**

- **Hamilton Community Health Network Vision Center al (810) 406-4246 para obtener más información o programar una cita o**
- **St. Lucas NUEVO Life Center al (810) 234-8677 para obtener más información o programar una cita**