



Resumen de Beneficios

2021

Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010

Condados de Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bee, Bexar, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, El Paso, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hidalgo, Hill, Hockley, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Real, Refugio, Rockwall, San Saba, Shackelford, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Willacy, Wilson, Zapata y Zavala, TX

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos al número que aparece en la última página, y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la EOC en nuestro sitio web allwell.SuperiorHealthPlan.com.

Usted es elegible para inscribirse en Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de la Parte B de Medicare, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos y reside de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tiene residencia permanente en los condados del área de servicio de Allwell Medicare Nurture [HMO D-SNP]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bee, Bexar, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, El Paso, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hidalgo, Hill, Hockley, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Real, Refugio, Rockwall, San Saba, Shackelford, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Willacy, Wilson, Zapata y Zavala.
- Para obtener Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de Texas. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad de Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba. El estado de Texas paga su prima de la Parte B para los inscritos con doble elegibilidad total. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.

El plan Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) le da acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede pedir un directorio actual de proveedores y farmacias o ver una lista actualizada de los proveedores de la red en allwell.SuperiorHealthPlan.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que el plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si recibe atención médica de un proveedor que no esté en el plan, ni Medicare ni Allwell Medicare Nurture [HMO D-SNP] pagarán los costos).

Este plan Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) también incluye la cobertura de la Parte D, que le facilita tener sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica coordinadas en una única fuente conveniente.

Resumen de Beneficios

DEL 1 DE ENERO DE 2021 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
	Las primas mensuales, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad de Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba.
Prima Mensual del Plan	\$0 (Debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero).
Deducibles	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos • Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5)
Monto Máximo de Desembolso (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$3,450 por año Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*	Copago de \$0 por internación.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de \$0 por visita • Servicios de observación: copago de \$0
Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: copago de \$0 por visita • Servicios de un especialista: copago de \$0 por visita
Atención Preventiva (p. ej., vacuna antigripal, prueba de detección de diabetes)	Copago de \$0 para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare Otros servicios preventivos están disponibles.
Atención de Emergencia	Copago de \$0 por visita

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$0 por visita
Servicios de Diagnóstico/ Análisis de Laboratorio/ Estudios por Imágenes* (incluye procedimientos y pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, radiología de diagnóstico y rayos X)	Copago de \$0 para las pruebas de COVID-19 y los servicios especificados relacionados con la prueba en cualquier centro. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio: copago de \$0 • Procedimientos y pruebas de diagnóstico: copago de \$0 • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$0 • Servicios de radiología de diagnóstico, como resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía computarizada (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET): copago de \$0
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): copago de \$0 • Examen auditivo de rutina: copago de \$0 (1 por año calendario) • Audífonos: copago de \$0 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario)
Servicios Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita • Servicios dentales preventivos: copago de \$0 (incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y rayos X) • Servicios dentales integrales: se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales. • Se aplica una asignación máxima de \$4,000 por año calendario; se aplica a todos los beneficios dentales integrales.
Servicios de la Vista	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$0 por visita • Examen de la vista de rutina: copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario) • Lentes y accesorios de rutina: asignación de hasta \$550 por año calendario
Servicios de Salud Mental	Terapia individual y grupal: copago de \$0 por visita
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*	Días 1 a 100: copago de \$0 por internación, por período de beneficios.
Fisioterapia*	Copago de \$0 por visita
Ambulancia	Copago de \$0 (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea
Centro de Cirugía Ambulatoria*	Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$0 por visita

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por viaje de ida o de vuelta • Viajes de ida o de vuelta ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: copago de \$0 • Otros medicamentos de la Parte B: copago de \$0

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapa del Deducible	<p>Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento que requiere receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible del plan.</p> <p>Una vez que haya pagado el monto del deducible del plan para sus medicamentos de la Parte D, abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura inicial). Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos que requieren receta médica, el monto de su deducible será de \$0 o \$92 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>	
Etapa de Cobertura Inicial (después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)	<p>Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de los medicamentos” alcancen los \$4,130, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>	
	Farmacia Minorista Estándar Suministro para 30 días	Farmacia de Compra por Correo Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Copago de \$20	Copago de \$60
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Coseguro del 49%	Coseguro del 49%
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 25%	No disponible

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapas de Brecha de Cobertura	<p>Durante esta etapa de pago, usted recibe un descuento del fabricante del 70% en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 5%, por lo que usted pagará el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho en medicamentos de marca. Además, el plan pagará el 75% y usted pagará el 25% por los medicamentos genéricos.</p> <p>(El monto que paga el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p> <p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance los \$6,550. Los “costos de desembolso” incluyen lo que usted paga al surtir o volver a surtir una receta médica para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos hechos por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Adicional” de Medicare, Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,550, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, esta etapa no corresponde. Si no es elegible para recibir “Ayuda Adicional”, llame al plan o consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener información sobre el costo compartido de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.</p>
Etapas de Cobertura Catastrófica	<p>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento que requiere receta médica, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual a un coseguro del 5% del medicamento o un copago (de \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, o de \$9.20 por todos los demás medicamentos).</p>
Información Importante:	<p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en una de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, la infusión en el hogar o el costo compartido adicional específico por farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra EOC en línea.</p> <p>El subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS) es una ayuda adicional que usted recibe de Medicare. Para saber si reúne los requisitos, visite Medicare.gov o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-877-935-8023 (TTY: 711).</p>

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Servicios de Telesalud Adicionales	El costo compartido de los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare con médicos de atención primaria, especialistas, las sesiones individuales o grupales con proveedores de salud mental o psiquiatras y otros profesionales de atención de salud de estas especialidades será igual al costo compartido que se paga por cada uno de estos servicios cuando se los recibe en el consultorio.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides	<ul style="list-style-type: none"> ● Individual: copago de \$0 por visita ● Grupal: copago de \$0 por visita
Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)	<p>Copago de \$0 (asignación de \$335 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo y en farmacias de venta minorista CVS participantes.</p> <p>Se aplica un límite de 9 productos por artículo, por pedido, con la excepción de determinados productos que tienen más límites. Puede hacer un pedido por trimestre, y el dinero no utilizado no se traslada al trimestre siguiente.</p> <p>Además, puede comprar productos OTC en cualquier tienda CVS participante. Las tiendas participantes varían según el área. Puede encontrar una lista de tiendas participantes haciendo clic en el enlace para Buscar Tiendas cvs.com/otchs/allwell.</p> <p>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
Comidas	<p>Copago de \$0</p> <p>El plan cubre comidas a domicilio (hasta 3 comidas por día durante 14 días) después del alta de un centro para pacientes internados o centro de enfermería especializada. Los servicios dependen de la necesidad médica, la revisión de la administración de casos y la autorización previa al proveedor.</p>
Atención Quiropráctica	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Acupuntura	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en un centro quiropráctico • Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un proveedor de atención primaria • Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un especialista
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): copago de \$0 • Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): copago de \$0 • Suministros para la diabetes: copago de \$0
Cuidado de los Pies (Servicios de Podiatría)	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita • Cuidado de los pies de rutina: copago de \$0 por visita (por año calendario)
Visita Virtual	El plan Teladoc™ ofrece acceso a visitas virtuales las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año realizadas por médicos con certificación de la Junta que le permiten abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud.
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0 • Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: copago de \$0 • Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): copago de \$0 • Cobertura para un dispositivo personal de respuesta en caso de emergencia médica de por vida. Copago de \$0 • Prevención de caídas: copago de \$0 <p>Los afiliados pueden pedir 1 kit por año que contiene artículos que pueden reducir el riesgo de caídas en su hogar. Los artículos incluyen bibliografía, una alfombra de goma para el baño, luces nocturnas, pantuflas antideslizantes y bandas de seguridad para la bañera y las escaleras.</p> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>
Atención Internacional de Emergencia	Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5294: 010 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Examen Anual de Rutina	Copago de \$0
Beneficios Suplementarios Especiales para las Personas que Tienen Enfermedades Crónicas	<p>Este servicio está a disposición para los afiliados que tienen afecciones crónicas.</p> <p>Se cubren 20 viajes adicionales de ida o de vuelta para ubicaciones no médicas aprobadas para afiliados con afecciones crónicas por año calendario. Tales ubicaciones pueden incluir banca, compras de alimentos, acondicionamiento físico, centros comunitarios y otros eventos sociales. Es probable que se apliquen límites de millas.</p> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios ofrecidos, consulte la EOC.</p>
Servicios Adicionales Cubiertos para las Personas que Tienen Enfermedades Crónicas	<p>Este servicio está a disposición para los afiliados que tienen afecciones crónicas</p> <p>Batidos nutritivos: copago de \$0</p> <p>Los batidos nutritivos complementarios están formulados para afecciones circunstanciales y para enfermedades como la diabetes, enfermedad renal terminal (por sus siglas en inglés, ESRD), cáncer y cuidado de heridas. Con una autorización de la administración de casos y una remisión, se enviarán al domicilio del afiliado 24 batidos por mes durante 3 meses como máximo</p> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios ofrecidos, consulte la EOC.</p>

Los servicios marcados con un * (asterisco) pueden requerir una autorización previa de su médico.

Declaración Escrita Integral para Posibles Personas Inscritas

Nuestro plan Medicare Advantage cubre los beneficios que se describen en la sección Primas y beneficios del Resumen de beneficios. Para cada beneficio que se detalla puede ver qué cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de Beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad para Medicaid, Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios que se describen en la sección Primas Mensuales y Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al número gratuito de Medicaid de Texas al 1-800-335-8957 (TTY: 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Texas, visite <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip> o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda. Se puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Texas en el Resumen de Servicios de Texas en línea en <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>.

Resumen de Beneficios de Medicaid de Texas

Medicaid de Texas cubre los siguientes beneficios si el afiliado cumple todos los requisitos correspondientes.

Categoría de Beneficios	Medicaid de Texas
Servicios de Ambulancia (servicio de ambulancia médicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Dispositivos de Comunicación Asistida (también conocidos como Sistema de Dispositivos Aumentativos de Comunicación [por sus siglas en inglés, ACD])	Para los afiliados que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Medición de Masa Ósea (para personas en riesgo)	La prueba de detección de densidad ósea es un beneficio de Medicaid de Texas. Para los afiliados que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Rehabilitación Cardíaca	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de Beneficios	Medicaid de Texas
Servicios Quiroprácticos	El tratamiento quiropráctico manual (por sus siglas en inglés, CMT) realizado por un quiropráctico con licencia por la Junta de Examinadores de Quiropráctica del estado de Texas (Texas State Board of Chiropractic Examiners) es un beneficio de Medicaid de Texas. Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Exámenes de Detección de Cáncer Colorrectal (para personas de 50 años y más)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Servicios Dentales (para personas de 20 años o menos, o de 21 años o más en un centro de atención intermedia [por sus siglas en inglés, ICF]/personas con discapacidades intelectuales [por sus siglas en inglés, IID])	Para los afiliados que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Suministros para la Diabetes (incluye la cobertura de las tiras reactivas, las lancetas y las pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Pruebas de Diagnóstico, Rayos X, Servicios de Laboratorio y Servicios de Radiología	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Elección de Médicos y Hospitales	Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección de médicos y hospitales.
Visitas al Consultorio del Médico	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Equipo Médico Duradero (incluye sillas de ruedas y oxígeno)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Atención de Emergencia (Toda visita a la sala de emergencia si el afiliado considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de Beneficios	Medicaid de Texas
<p>Educación sobre la Salud/el Bienestar (orientación sobre nutrición para niños, programas para dejar de fumar para mujeres embarazadas y examen anual para adultos)</p>	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
<p>Servicios de Audición</p>	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
<p>Cuidado de la Salud en el Hogar (incluye atención de enfermería especializada intermitente, servicios de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, servicios de atención de enfermería privada y servicios de cuidado personal)</p>	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
<p>Cuidado de Enfermos Terminales</p>	<p>Medicaid paga este servicio para determinados afiliados con exención si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid <i>Nota: cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidado de enfermos terminales, anulan sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No anulan sus derechos a servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</i></p>
<p>Vacunas</p>	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
<p>Atención para Pacientes Internados en un Hospital</p>	<p>Las estadías en el hospital para pacientes internados son un beneficio cubierto. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección de hospitales. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>

Categoría de Beneficios	Medicaid de Texas
Atención de Salud Mental para Pacientes Internados	<p>Las hospitalizaciones psiquiátricas son un beneficio cubierto para afiliados de menos de 21 años y afiliados de 65 años y más. Las hospitalizaciones de cuidados agudos para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para miembros de 21 a 64 años, conforme al Título 42 del CFR, §438.6(e), aunque las organizaciones de atención administrada (por sus siglas en inglés, MCO) de Medicaid puedan elegir cubrir las hospitalizaciones en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de cuidados agudos. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección de hospitales.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
Mamografías (Evaluación Anual)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
Prima Mensual	<p>La asistencia de Medicaid para pagar la prima puede variar conforme a su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Dispositivos Ortóticos y Protésicos (Incluyen aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	<p>Para los afiliados desde el nacimiento hasta los 20 años (del Programa de Atención Integral [por sus siglas en inglés, CCP]), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare.</p> <p>Medicaid paga las prótesis de senos para afiliadas de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
Atención de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	<p>Para los afiliados desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se terminó el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
Servicios/Cirugía para Pacientes Ambulatorios	<p>Medicaid paga ciertos servicios quirúrgicos si no están cubiertos por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>
Tratamiento para Trastorno por Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios (evaluación, desintoxicación/ tratamiento ambulatorio y tratamiento asistido con medicamentos [por sus siglas en inglés, MAT])	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado.</p> <p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid</p>

Categoría de Beneficios	Medicaid de Texas
Exámenes de Papanicolaou y Exámenes Pélvicos (para mujeres)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de Podiatría	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Medicamentos que Requieren Receta Médica	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.
Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada (por sus siglas en inglés, SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de Telemedicina	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Transporte (de rutina)	El Programa de Transporte Médico (por sus siglas en inglés, MTP) de Medicaid proporciona transporte que no sea de emergencia si no está cubierto por Medicare. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Atención Requerida de Urgencia (esta NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se brinda fuera del área de servicio)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de la Vista	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare esté agotado. Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid Los servicios de un óptico se limitan al ajuste y la entrega de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.

SERVICIOS DE EXENCIÓN COMUNITARIOS Y EN EL HOGAR

Aquellos que cumplan los requisitos de beneficiario calificado de Medicare (QMB) y también cumplan los criterios financieros para una cobertura completa de Medicaid pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid no cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios del programa de exención se limitan a personas que cumplen los criterios de elegibilidad adicionales para la exención de Medicaid.

Categoría de Beneficios	Medicaid de Texas
Exención de Servicios de Asistencia y Apoyo para Vivir en Comunidad (por sus siglas en inglés, CLASS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class . Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (por sus siglas en inglés, HHSC).
Exención para Personas con Sordoceguera y Múltiples Discapacidades (por sus siglas en inglés, DBMD)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd . Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (por sus siglas en inglés, HCS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs . Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
Programa para Niños Médicamente Dependientes (por sus siglas en inglés, MDCP)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp . Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).

<p>Programa STAR+PLUS (opera bajo la Exención del Programa para la Transformación de la Atención de la Salud y el Mejoramiento de la Calidad de Texas)</p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus. Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (por sus siglas en inglés, HHSC).</p>
<p>Exención del Programa de Texas para Vivir en Casa (por sus siglas en inglés, TxHmL)</p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml. Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (por sus siglas en inglés, HHSC).</p>

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP)
Forum II Building
7990 IH 10 West Suite 300
San Antonio, TX 78230

allwell.SuperiorHealthPlan.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-877-935-8023 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-877-826-5520 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente "Medicare y Usted". Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este plan está disponible para cualquier persona que reciba ayuda médica del estado y de Medicare.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-935-8023 (TTY: 711) para obtener información adicional.

El "coseguro" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos y medicamentos que requieren receta médica.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-935-8023 (TTY: 711).

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes de HMO D-SNP y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.