

Este es su Resumen de Beneficios.

2020

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5190: 004

Condado de Miami-Dade, Florida



Este cuadernillo 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 en allwell.sunshinehealth.com.

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

- Tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben continuar pagando las primas mensuales de Medicare Parte B, a menos que las pague Medicaid o un tercero.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos, o encontrarse legalmente en los Estados Unidos y residir de manera permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, tener residencia permanente en el condado incluido en el área de servicio de Allwell Dual Medicare [HMO D-SNP]). Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Florida: Miami-Dade.
- Usted no debe tener una enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Es probable que se apliquen excepciones para las personas que desarrollen una ESRD mientras estén inscritas en un plan de salud grupal o comercial de Allwell, o en un plan de Medicaid).
- Para obtener Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de Florida. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad para Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba. El estado de Florida 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 Dual Medicare (HMO D-SNP) le brinda 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 solicitar un directorio de proveedores y farmacias actual, o para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite allwell.sunshinehealth.com. (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando usted se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que su 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 Dual Medicare [HMO D-SNP] serán responsables de los costos).

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

Resumen de Beneficios

1 DE ENERO DE 2020–31 DE DICIEMBRE DE 2020

Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5190: 004 Primas/Copagos/Coseguros
Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según la categoría de elegibilidad para Medicaid o el nivel de Ayuda Adicional que reciba.	
Prima Mensual del Plan	Usted paga de \$0 a \$28.50 según su nivel de elegibilidad para Medicaid. (Debe seguir pagando su prima mensual de Medicare Parte B, a menos que la pague Medicaid u otro tercero).
Deducible	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos • Deducible de \$435 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5)
Responsabilidad de Monto de Desembolso Máximo <i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i>	\$3,400 anualmente Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para los servicios médicos por todo el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*	Copago de \$0 por hospitalización
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*	Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios (incluye centro quirúrgico ambulatorio y servicios de observación): Copago de \$0 por visita.
Visitas al Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: Copago de \$0 por visita • Especialista: Copago de \$0 por visita
Atención Preventiva <i>(por ejemplo, vacuna contra la gripe, prueba de detección de diabetes)</i>	Copago de \$0 para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare Otros servicios preventivos están disponibles.
Atención de Emergencia	Coseguro del 0% o 20% (hasta \$120) por visita Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$0 por visita
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/ Estudios por Imágenes*	<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

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

Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5190: 004 Primas/Copagos/Coseguros
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 (2 audífonos en total, 1 por oído, por cada 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 \$3,000 por año calendario; se aplica a todos los beneficios dentales integrales.
Servicios de la Vista	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): Copago de \$0 por visita ● Examen de la vista de rutina: Copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario) ● Asignación de hasta \$350 para lentes y accesorios de rutina cada 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 hospitalización, por período de beneficios
Fisioterapia*	Copago de \$0 por visita
Servicio de Ambulancia*	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de ambulancia terrestre: Copago de \$0 o \$100 (por viaje de ida o de vuelta) ● Servicios de ambulancia aérea: Coseguro del 0% o 20% (por viaje de ida o de vuelta)
Transporte*	<p>Copago de \$0 por viajes de ida o de vuelta</p> <p>Viajes de ida o vuelta ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan cada año calendario. Es posible que se apliquen límites de distancia.</p>
Medicamentos de Medicare Parte B*	<ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos para quimioterapia: Coseguro del 0% o 20% ● Otros medicamentos de la Parte B: Coseguro del 0% o 20%

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 \$435 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica para medicamentos de los Niveles 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 u \$89 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>	
Etapa de Cobertura Inicial <i>(después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)</i>	<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. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha alcance \$4,020. 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 medicamentos” alcancen los \$4,020, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>	
	Farmacia minorista estándar (suministro para 30 días)	Farmacia de pedido por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	Copago de \$100	Copago de \$300
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 25%	No disponible
Nivel 6: Medicamentos Selectos	Copago de \$0	Copago de \$0

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapas de Brecha de Cobertura	<p>Debido a que nuestro plan ofrece una cobertura adicional para la brecha durante la Etapa de brecha de cobertura, sus costos de desembolso a menudo serán inferiores al costo descrito arriba. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de la EOC.</p> <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. (El monto pagado por 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 \$6,350. Los “costos de desembolso” incluyen lo que paga al surtir o resurtir una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos realizados 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 \$6,350, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> <p>Si no 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 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 al 5% del coseguro del medicamento o un copago (\$3.60 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, \$8.95 por todos los demás medicamentos).</p>
Información Importante:	<p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que usted reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar, de pedidos por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en otra 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 a Servicios para Afiliados al 1-877-935-8022 (TTY: 711).</p>

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5190: 004 Primas/Copagos/Coseguros
Servicios del Programa de Tratamiento con Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> Entorno individual: Copago de \$0 por visita Entorno grupal: Copago de \$0 por visita
Artículos de Venta Libre (OTC)	<p>Copago de \$0 (asignación de \$100 por mes) para artículos disponibles por pedido por correo y en farmacias de venta minorista CVS participantes.</p> <p>Se aplica un límite de 5 productos por artículo, por pedido, con la excepción de medidores de presión arterial, que se limitan a uno por año. 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) tras el alta de un centro de internación o de un centro de enfermería especializada si las comidas son médicamente necesarias e indicadas por un médico o profesional.</p>
Atención Quiropráctica	<ul style="list-style-type: none"> Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): Copago de \$0 por visita Servicios quiroprácticos de rutina: Copago de \$0 por visita (12 visitas por año calendario)
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno): Copago de \$0 Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): Copago de \$0 Suministros para la diabetes: Coseguro del 0% o 20%
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 (visitas ilimitadas por año calendario)
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 <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 complementarios 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.

Declaración Escrita Integral para Posibles Personas Inscritas

Nuestro plan Medicare Advantage cubre los beneficios que se describen en la sección Primas Mensuales 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 Dual Medicare (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Primas y Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al número gratuito de la Agencia de Florida para la Administración de Atención de Salud (por sus siglas en inglés, AHCA) al 1-888-419-3456 (TTY: 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es ahca.myflorida.com. 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 Florida, visite ahca.myflorida.com o llame a Servicios para Afiliados para recibir ayuda. Se puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Florida en el Resumen de Servicios de Florida en línea en https://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Servicios cubiertos

- Servicios para alergias
- Servicios de transporte en ambulancia
- Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio
- Servicios de anestesia
- Servicios de atención de asistencia
- Servicios cubiertos de salud del comportamiento
- Servicios cardiovasculares
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de salud del comportamiento comunitarios
- Servicios dentales
- Servicios de diálisis
- Suministros médicos y equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME)
- Servicios de intervención temprana
- Servicios de evaluación y administración
- Servicios de exención de planificación familiar
- Servicios clínicos en centros de salud con calificación federal
- Servicios de atención gastrointestinal
- Servicios de atención genitourinaria
- Servicios de audición
- Servicios para el cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de cuidado de enfermos terminales
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios de atención del sistema integumentario
- Servicios de laboratorio
- Formularios de Medicaid
- Servicios de administración de casos orientada de salud mental
- Servicios de neurología
- Servicios de cirugía bucal y maxilofacial
- Servicios traumatológicos
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios para el control del dolor
- Servicios de podiatría

Servicios cubiertos

- Servicios de medicamentos recetados
- Códigos de facturación y cronogramas de reembolso de proveedores
- Servicios de radiología y medicina nuclear
- Servicios en centros de cuidados intensivos perinatales regionales
- Servicios reproductivos
- Servicios respiratorios
- Servicios terapéuticos especializados
- Servicios del programa estatal psiquiátrico para pacientes internados
- Servicios de terapia
- Servicios de trasplante
- Cobertura de transporte de emergencia
- Servicios de asistencia de la vista
- Servicios de atención de la vista

Tenga en cuenta lo siguiente: Puede haber instancias en las que el límite de Medicaid es superior al límite de Medicare. En esas instancias en las que se ha alcanzado el límite de Medicare, el Plan cubrirá la diferencia para los beneficiarios elegibles.

Servicios Cubiertos Requeridos Adicionales de Medicaid:

Suministros Médicos y Equipo Médico Duradero

Independientemente de las limitaciones estipuladas en el Manual de limitaciones y cobertura de servicios de equipo médico duradero, el Plan proporcionará suministros y equipos médicos especializados (por ejemplo, suministros para la incontinencia) para los afiliados que tengan un diagnóstico de SIDA y que hayan tenido antecedentes de una infección oportunista relacionada con el SIDA. El Plan puede establecer límites adecuados en tales servicios según la necesidad médica.

Servicios de Terapia

El Plan proporcionará servicios de terapia de masajes médicos a los afiliados que tengan un diagnóstico de SIDA y que hayan tenido antecedentes de una infección oportunista relacionada con el SIDA para el tratamiento de neuropatía periférica o dolor neuromuscular grave y linfedema. El Plan puede establecer límites adecuados en tales servicios según la necesidad médica.

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP)
1301 International Parkway
Suite 400
Sunrise, FL 33323

allwell.sunshinehealth.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-877-935-8022 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-877-826-3692 (TTY: 711)

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, o bien de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. 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 1-877-935-8022 (TTY: 711) para obtener mayor información.

El "coseguro" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos o servicios de 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, tamaño de letra grande o audio.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-935-8022 (TTY: 711).

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