



DE



sunshine health.

# Resumen de Beneficios

## 2021

Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5190: 006  
Condado de Miami-Dade, FL



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.sunshinehealth.com](http://allwell.sunshinehealth.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 el condado del área de servicio de Allwell Medicare Nurture [HMO D-SNP]). Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Florida: Miami-Dade.
- Para obtener Allwell Medicare Nurture (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 de 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 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.sunshinehealth.com](http://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] 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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5190: 006 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
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.	
<b>Prima Mensual del Plan</b>	\$0 (Debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero).
<b>Deducibles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos</li><li>• 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)</li></ul>
<b>Monto Máximo de Desembolso</b> (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.
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*</b>	Copago de \$0 por internación
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$0 por visita</li><li>• Servicios de observación: copago de \$0 por visita</li></ul>
<b>Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención primaria: copago de \$0 por visita</li><li>• Servicios de un especialista: copago de \$0 por visita</li></ul>
<b>Atención Preventiva</b> (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.
<b>Atención de Emergencia</b>	Copago de \$0 por visita
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Copago de \$0 por visita

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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5190: 006 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Servicios de Diagnóstico/ Análisis de Laboratorio/ Estudios por Imágenes*</b> (incluye procedimientos y pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, radiología de diagnóstico y rayos X)	<p>Copago de \$0 para las pruebas de COVID-19 y los servicios especificados relacionados con la prueba en cualquier centro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio: copago de \$0</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: copago de \$0</li> <li>• Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$0</li> <li>• 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</li> </ul>
<b>Servicios de Audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo (cubierto por Medicare): copago de \$0</li> <li>• Examen auditivo de rutina: copago de \$0 (1 por año calendario)</li> <li>• Audífonos: copago de \$0 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario)</li> </ul>
<b>Servicios Dentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita</li> <li>• Servicios dentales preventivos: copago de \$0 (incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y rayos X)</li> <li>• Servicios dentales integrales: se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales.</li> <li>• Se aplica una asignación máxima de \$1,000 por año calendario; se aplica a todos los beneficios dentales integrales.</li> </ul>
<b>Servicios de la Vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$0 por visita</li> <li>• Examen de la vista de rutina: copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario)</li> <li>• Lentes y accesorios de rutina: asignación de hasta \$100 por año calendario</li> </ul>
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Terapia individual y grupal: copago de \$0 por visita
<b>Centro de enfermería especializada*</b>	Días 1 a 100: copago de \$0 por internación, por período de beneficios.
<b>Fisioterapia*</b>	Copago de \$0 por visita
<b>Ambulancia</b>	Copago de \$0 (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria*</b>	Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$0 por visita
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por viaje de ida o de vuelta</li> <li>• Hasta 10 viajes de ida o de vuelta a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año calendario. Es probable que se apliquen límites de millas.</li> </ul>

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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5190: 006 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de quimioterapia: copago de \$0</li><li>• Otros medicamentos de la Parte B: copago de \$0</li></ul>

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

<b>Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D</b>		
<b>Etapa del Deducible</b>	<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>	
<b>Etapa de Cobertura Inicial</b> (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>	
	<b>Farmacia Minorista Estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Farmacia de Compra por Correo Suministro para 90 días</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos</b>	Copago de \$1	Copago de \$3
<b>Nivel 2: Medicamentos Genéricos</b>	Copago de \$20	Copago de \$60
<b>Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos</b>	Copago de \$47	Copago de \$141
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	Coseguro del 49%	Coseguro del 49%
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializados</b>	Coseguro del 25%	No disponible
<b>Etapa de Brecha de Cobertura</b>	<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.</p>	

<b>Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D</b>	
	<p>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>
<b>Etapa de Cobertura Catastrófica</b>	<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>
<b>Información Importante:</b>	<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 <a href="http://Medicare.gov">Medicare.gov</a> o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-877-935-8022 (TTY: 711).</p>



## Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5190: 006 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
<b>Servicios de Telesalud Adicionales</b>	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.
<b>Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Individual: copago de \$0 por visita</li> <li>● Grupal: copago de \$0 por visita</li> </ul>
<b>Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)</b>	<p>Copago de \$0 (asignación de \$20 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 <a href="https://www.cvs.com/otchs/allwell">Buscar Tiendas cvs.com/otchs/allwell</a>.</p> <p>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
<b>Comidas</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>El plan cubre comidas a domicilio (hasta 2 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>
<b>Atención Quiropráctica</b>	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita
<b>Acupuntura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> </ul>

<b>Beneficios Adicionales Cubiertos</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP) H5190: 006 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Equipos/Suministros Médicos*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): copago de \$0</li> <li>• Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): copago de \$0</li> <li>• Suministros para la diabetes: copago de \$0</li> </ul>
<b>Cuidado de los Pies (Servicios de Podiatría)</b>	Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita
<b>Visita Virtual</b>	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.
<b>Programas de Bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0</li> <li>• Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: copago de \$0</li> <li>• Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): copago de \$0</li> </ul> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>
<b>Examen Anual de Rutina</b>	Copago de \$0

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 la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al número gratuito de Medicaid de Florida al 1-866-762-2237 (TTY 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es [ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml](http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml). 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/Medicaid/index.shtml](http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado 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 [ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml](http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml).

### **Servicios cubiertos por Medicaid del plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (por sus siglas en inglés, D-SNP) de Medicare Advantage en vigencia a partir del 1 de enero de 2021**

**Los servicios de Medicaid se proporcionarán cuando no estén cubiertos por Medicare.**

<b>Servicios cubiertos</b>
• Servicios para alergias
• Servicios de transporte en ambulancia
• Centro quirúrgico ambulatorio
• Servicios de anestesia
• Servicios de atención asistida
• Servicios cubiertos de salud del comportamiento
• Servicios de análisis del comportamiento
• Servicios de determinación de salud del comportamiento
• Servicios integrales de apoyo comunitario de salud del comportamiento
• Servicios de intervención de salud del comportamiento
• Servicios de control de medicamentos de salud del comportamiento
• Servicios cardiovasculares
• Administración de casos específicos de servicios de salud infantil
• Servicios quiroprácticos
• Servicios del Departamento de Salud del condado
• Servicios de diálisis
• Equipos médicos duraderos y suministros médicos
• Servicios de intervención temprana
• Servicios de transporte de emergencia
• Servicios de evaluación y administración
• Servicios clínicos en centros de salud federalmente calificados

• Servicios de atención gastrointestinal
• Servicios de atención genitourinaria
• Servicios de Audición
• Servicios de 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 cuidados médicos temporales
• Administración de casos específicos de salud mental
• Servicios de neurología
• Servicios de transporte que no sea de emergencia
• Servicios en centros de atención de enfermería
• Servicios de terapia ocupacional
• Servicios de cirugía bucal y maxilofacial
• Servicios traumatológicos
• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
• Servicios de control del dolor
• Servicios de cuidado personal
• Servicios de fisioterapia
• Servicios de podiatría
• Servicios de medicamentos recetados
• Servicios de atención de enfermería privada
• Servicios de radiología y medicina nuclear
• Servicios en un centro regional de cuidados intensivos perinatales
• Servicios reproductivos
• Servicios del sistema respiratorio
• Servicios de terapia respiratoria
• Servicios en clínicas de salud rural
• Servicios terapéuticos especializados
• Servicios de patología del habla y el lenguaje
• Servicios del programa estatal psiquiátrico para pacientes internados
• Servicios de trasplante
• 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:**

**Equipos Médicos Duraderos y Suministros Médicos**

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 Terapéuticos**

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.

## **Servicios en Centros de Atención de Enfermería**

- (a) El plan D-SNP proporcionará servicios en centros de enfermería a las personas inscritas menores de dieciocho (18) años.
- (b) El plan D-SNP proporcionará servicios en centros de enfermería a las personas inscritas mayores de dieciocho (18) años en las siguientes circunstancias:

(1) Hasta ciento veinte (120) días a partir de la fecha de la admisión más reciente en un centro de enfermería, independientemente del pagador, en los siguientes casos:

- i. la persona inscrita necesita los servicios en centros de enfermería a largo plazo;
- ii. la persona inscrita ha completado todos los requisitos de la evaluación previa a la admisión y revisión del residente (por sus siglas en inglés, PASRR);
- iii. el Departamento de Niños y Familias (por sus siglas en inglés, DCF) ha determinado que la persona inscrita es elegible para el Programa de Atención Institucional (por sus siglas en inglés, ICP) de Medicaid; y
- iv. la persona inscrita aún no está inscrita en el programa de atención a largo plazo.

(2) El plan D-SNP reembolsará de conformidad con la Regla 59G-1.052 del Código Administrativo de Florida (por sus siglas en inglés, F.A.C.) por los servicios en centros de enfermería prestados durante los días de coseguro de Medicare (desde el día veintiuno [21] hasta el día cien [100]) por los copagos y coseguros de Medicare si se cumplen los requisitos de la evaluación previa a la admisión y revisión del residente (PASRR) y la persona inscrita: tiene beneficios de beneficiarios calificados de Medicare (por sus siglas en inglés, QMB) y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid de Florida; recibe el ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI); o tiene beneficios de Medicare que no sean de QMB y también es elegible para el Programa de Atención Institucional.

- (c) El plan D-SNP no está obligado a proporcionar ningún servicio que no esté especificado en el presente Contrato, excepto en la medida en que el gobierno federal lo exija en virtud de las disposiciones sobre detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (por sus siglas en inglés, EPSDT).

**Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:**

Allwell Medicare Nurture (HMO D-SNP)  
1700 North University Drive  
Plantation, FL 3332333322

[allwell.sunshinehealth.com](http://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)

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](http://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 más información.

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 1-877-935-8022 (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.