



DE



western sky  
community care.

# Resumen de Beneficios

## 2021

Allwell Medicare Boost (HMO) H2134: 002

Condados de Bernalillo, Dona Ana, Sandoval y Santa Fe, NM

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.westernskycommunitycare.com](http://allwell.westernskycommunitycare.com).

Usted es elegible para inscribirse en Allwell Medicare Boost (HMO) 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 Boost [HMO]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nuevo México: Bernalillo, Dona Ana, Sandoval y Santa Fe.

El plan Allwell Medicare Boost (HMO) 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.westernskycommunitycare.com](http://allwell.westernskycommunitycare.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 Medicare Boost [HMO] pagarán los costos).

Este plan Allwell Medicare Boost (HMO) 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 Boost (HMO) H2134: 002 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Prima Mensual del Plan</b>	\$0  Este plan ofrece un reembolso de \$30 por mes en su cheque del Seguro Social. Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare.
<b>Deducibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos</li> <li>• Deducible de \$150 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 4 y 5).</li> </ul>
<b>Monto Máximo de Desembolso</b> (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$7,550 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>	Por cada internación, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$403 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día desde el día 6 en adelante</li> </ul>
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: copago de \$403 por visita</li> <li>• Servicios de observación: copago de \$403 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 \$20 por visita</li> <li>• Servicios de un especialista: copago de \$40 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 \$90 por visita  Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Copago de \$65 por visita  El copago no se anula si lo internan en el hospital.

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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Medicare Boost (HMO) H2134: 002 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Servicios de Diagnóstico/ Análisis de Laboratorio/ Estudios por Imágenes*</b> (incluye procedimientos y pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorios, 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"> <li>• Servicios de laboratorio: copago de \$0 a \$15</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: copago de \$0 a \$15</li> <li>• Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$20</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): coseguro del 20% (hasta \$270)</li> </ul>
<b>Servicios de Audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo (cubierto por Medicare): copago de \$40</li> <li>• Examen auditivo de rutina: copago de \$0 (1 por año calendario)</li> <li>• Audífonos: copago de \$0 a \$1,580 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario)</li> </ul>
<b>Servicios Dentales</b>	Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$40 por visita  Se encuentran disponibles beneficios dentales preventivos e integrales adicionales por una prima mensual extra. Consulte la sección Beneficios Suplementarios Opcionales.
<b>Servicios de la Vista</b>	Examen de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$0 a \$40 por visita  Examen de rutina y lentes y accesorios de rutina disponibles por una prima mensual adicional. Consulte la sección Beneficios Suplementarios Opcionales.
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Terapia individual y grupal: copago de \$40 por visita
<b>Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*</b>	Por cada internación, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$184 por día para los días 21 a 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*</b>	Copago de \$40 por visita
<b>Ambulancia</b>	Copago de \$300 (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 \$350 por visita
<b>Transporte</b>	Sin cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia: coseguro del 20%</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20%</li> </ul>

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

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

<b>Etapa del Deducible</b>	<p>Deducible de \$150 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 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).</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. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha alcance los \$4,130. 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 Preferida Suministro para 30 días</b>	<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 \$0	Copago de \$5	Copago de \$0
<b>Nivel 2: Medicamentos Genéricos</b>	Copago de \$9	Copago de \$14	Copago de \$27
<b>Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos</b>	Copago de \$37	Copago de \$47	Copago de \$111
<b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</b>	Copago de \$90	Copago de \$100	Copago de \$270
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializados</b>	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	No disponible
<b>Nivel 6: Medicamentos de Atención Específica</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<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>		

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

	<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>
<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 o preferida, 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>

## Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Allwell Medicare Boost (HMO) H2134: 002 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 \$40 por visita</li> <li>● Grupal: copago de \$40 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.</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>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
<b>Atención Quiropráctica</b>	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$20 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 \$20 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 \$20 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 \$40 por visita en el consultorio de un especialista</li> </ul>
<b>Equipos/Suministros Médicos*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): coseguro del 20%</li> <li>● Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): coseguro del 20%</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 \$40
<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.

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

## Beneficios Adicionales Cubiertos

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Medicare Boost (HMO) H2134: 002 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<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>Atención Internacional de Emergencia</b>	Límite de cobertura del plan de \$50,000 para servicios de urgencia/emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios por año calendario.
<b>Examen Anual de Rutina</b>	Copago de \$0

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

## Beneficios Suplementarios Opcionales

*(debe pagar una prima adicional por mes para obtener estos beneficios)*

### Allwell Wellbeing

<b>Prima Mensual</b> Esta prima mensual extra es adicional a su prima mensual del plan y la prima mensual de la Parte B de Medicare.	\$18.10 por mes
---	-----------------

### Beneficios de Atención Dental

#### **Atención Dental Preventiva/Integral**

Usted debe elegir un dentista de nuestra lista de proveedores de la red para usar los beneficios del plan Dental de HMO. Se aplican límites adicionales a los servicios.

	<b>Dentro de la red</b>
<b>Máximo de beneficio anual</b>	\$1,000 Se aplica a servicios integrales y preventivos.

#### Servicios preventivos:

Exámenes bucales: 2 por año	Usted paga un copago de \$0.
Limpiezas (profilaxis): 2 por año	Usted paga un copago de \$0.
Tratamiento con flúor: 1 por año	Usted paga un copago de \$0.
Rayos X dentales: 1 juego de rayos X preventivos	Usted paga un copago de \$0.

#### Servicios integrales:

Servicios que no son de rutina	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de diagnóstico	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de restauración	Usted paga el 20%.
Servicios de endodoncia	Usted paga el 50%.
Periodoncia	Usted paga el 50%.
Extracciones	Usted paga el 50%.
Prostodoncia (dentaduras postizas, cirugía maxilofacial/bucal y otros servicios)	Usted paga el 50%.

### Beneficios de Atención de la Vista

Productos para la vista (anteojos o lentes de contacto) cubiertos por año calendario.

	<b>Dentro de la red</b>	
<b>Examen de la vista (disponible una vez por año)</b>	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Lentes y accesorios - Anteojos (Marcos y Lentes) o lentes de contacto</b>	No paga nada hasta el beneficio máximo anual de \$250.	
<b>Máximo de beneficio anual</b>	Beneficio máximo combinado de \$250 para anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto. Usted es responsable de los montos que superen el beneficio máximo anual.	

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

Allwell Medicare Boost (HMO)  
5300 Homestead Road NE  
Albuquerque, NM 87110

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

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-833-543-0246 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-866-445-1088 (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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-543-0246 (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 1-833-543-0246 (TTY: 711).

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes de HMO.  
La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.