



DE



pa health
& wellness™

Resumen de Beneficios

2021

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H2915: 007

Condados de Adams, Berks, Bradford, Carbon, Centre, Clinton, Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, Mifflin, Monroe, Northampton, Perry, Pike, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, Wyoming y York, PA

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.pahealthwellness.com.

Usted es elegible para inscribirse en Allwell Dual Medicare (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 Dual Medicare [HMO D-SNP]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Pennsylvania: Adams, Berks, Bradford, Carbon, Centre, Clinton, Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, Mifflin, Monroe, Northampton, Perry, Pike, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, Wyoming y York.
- Para obtener Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de Pennsylvania. 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 Pennsylvania paga su prima mensual 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 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.pahealthwellness.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 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 Dual Medicare (HMO D-SNP) H2915: 007 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	• Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos • Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D	
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*	Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios (incluye servicios de observación): copago de \$0 por visita	
Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)	• 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	
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$0 por visita	

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

Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H2915: 007 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
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. • 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	• 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	• 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	• 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 \$350 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 Dual Medicare (HMO D-SNP) H2915: 007 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Transporte	• Copago de \$0 por viaje de ida o de vuelta • Hasta 30 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.
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	• 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		
Etapas del Deducible	Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. 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. 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.	
Etapas de Cobertura Inicial (después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)	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).	
	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 \$6	Copago de \$18
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Coseguro del 48%	Coseguro del 48%
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 25%	No disponible
Etapas de Brecha de Cobertura	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 que paga el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).	

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

	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). 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.
Etapa de Cobertura Catastrófica	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).
Información Importante:	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. 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. 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 1-866-330-9368 (TTY: 711).

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H2915: 007 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	• Individual: copago de \$0 por visita • Grupal: copago de \$0 por visita
Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)	Copago de \$0 (asignación de \$325 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo y en farmacias de venta minorista CVS participantes. 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. 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. Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.
Comidas	Copago de \$0 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.
Atención Quiropráctica	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita
Acupuntura	• 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 médico 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

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H2915: 007 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Equipos/Suministros Médicos*	• 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)	Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita
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	• 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 Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.
Examen Anual de Rutina	Copago de \$0
Beneficios Suplementarios Especiales para las Personas que Tienen Enfermedades Crónicas	Este servicio está a disposición para los afiliados que tienen afecciones crónicas • 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. Para obtener una lista detallada de los beneficios ofrecidos, consulte la EOC.

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 Dual Medicare (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos 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 Asistencia Médica de Pennsylvania al 1-800-692-7462 (TTY: 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <http://www.dhs.pa.gov/>. 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 Pennsylvania, visite <http://www.dhs.pa.gov/> o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Pennsylvania en el Resumen de Servicios de Pennsylvania en línea en <http://www.dhs.pa.gov/>.

Beneficios del Plan Estatal Actual de Medicaid y Servicios Comunitarios y en el Hogar de Pennsylvania	
Paquete de Beneficios para Adultos*	
Servicios	Paquete de Beneficios para Adultos
Categoría 1: Servicios para Pacientes Ambulatorios	
Proveedor de Atención Primaria	Sin límites
Servicios Médicos y Servicios Quirúrgicos y Médicos Proporcionados por un Dentista	Sin límites
Profesional de Enfermería Registrado Certificado	Sin límites
Centro de Salud Federalmente Calificado/Clínica de Salud Rural	Sin límites, excepto para servicios de atención dental según se describe abajo
Clínica Independiente	Sin límites
Clínica Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios	Sin límites
Servicios de Podiatra	Sin límites
Servicios Quiroprácticos	Sin límites
Servicios de Optometrista	2 visitas (exámenes) por año calendario

Atención en un Centro de Cuidado de Enfermos Terminales	La única limitación clave está relacionada con la atención de relevo, que no puede superar un total de 5 días consecutivos en un período de certificación de 60 días.
Radiología (por ejemplo: rayos X, MRI y CT)	Sin límites
Servicios de Atención Dental	Servicios de diagnóstico, prevención, restauración, procedimientos quirúrgicos dentales, prostodoncia y anestesia. Limitaciones clave: Dentaduras postizas: 1 arco superior (completo o parcial) y 1 arco inferior (completo o parcial) de por vida. Reajustes de dentadura postiza: completa o parcial, se limita a 1 arco cada 2 años calendario. Exámenes bucales: 1 cada 180 días. Profilaxis dental: 1 cada 180 días. Placa panorámica maxilar o mandibular simple: se limita a 1 cada 5 años calendario. Coronas, periodoncia y endodoncia solo a través de la excepción al límite de beneficios aprobada.
Unidad de Procedimiento Breve (por sus siglas en inglés, SPU) del Hospital para Pacientes Ambulatorios	Sin límites
Centro Quirúrgico Ambulatorio (por sus siglas en inglés, ASC) para Pacientes Ambulatorios	Sin límites
Transporte Médico que no sea de Emergencia	Solo hacia y desde servicios cubiertos de Medicaid.
Suministros, Servicios y Clínica para la Planificación Familiar	Sin límites
Diálisis Renal	La capacitación inicial para diálisis en el hogar se limita a 24 sesiones por paciente por año calendario. Las visitas de respaldo al centro se limitan a no más de 75 por año calendario.
Categoría 2: Servicios de Emergencia	
Sala de Emergencias	Sin límites
Ambulancia	Sin límites

Categoría 3: Hospitalización	
Hospital de Cuidados Agudos para Pacientes Internados	Sin límites
Hospital de Rehabilitación para Pacientes Internados	Sin límites
Hospital Psiquiátrico para Pacientes Internados	Sin límites
Tratamiento por Abuso de Drogas y Alcohol para Pacientes Internados	Sin límites
Categoría 4: Maternidad y Recién Nacidos	
Maternidad: Médico, Parteras Enfermeras Certificadas, Centros de Maternidad	Sin límites
Categoría 5: Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Salud del Comportamiento)	
Clínica Psiquiátrica para Pacientes Ambulatorios	Sin límites
Tratamiento Móvil de Salud Mental	Sin límites
Tratamiento para el Alcoholismo y la Drogadicción para Pacientes Ambulatorios	Sin límites
Mantenimiento con Metadona	Sin límites
Clozapina	Sin límites
Hospital Psiquiátrico (Hospitalización Parcial)	Sin límites
Apoyo de Pares	Sin límites
Crisis	Sin límites
Administración de Casos Específicos que no sean de Salud del Comportamiento	Se limita a personas identificadas en el grupo objetivo (sin límites).
Administración de Casos Específicos Solo de Salud del Comportamiento	Se limita solo a personas con enfermedades mentales graves (por sus siglas en inglés, SMI) (sin límites).
Categoría 6: Medicamentos que Requieren Receta Médica	
Medicamentos que Requieren Receta Médica	Sin límites
Suplementos Nutricionales	Sin límites

Categoría 7: Servicios y Dispositivos para Habilitación y Rehabilitación

Centro de Enfermería Especializada	365 días por año calendario
El Cuidado de la Salud en el Hogar Incluye Servicios de Enfermería, Ayudante y Terapia.	Sin límite durante los primeros 28 días; se limita a 15 días por mes de allí en adelante.
ICF/IID y ICF/ORC	Requiere un nivel de atención institucional (sin límites).
Equipo Médico Duradero	Sin límites
Dispositivos Protésicos y Ortóticos	El calzado ortopédico y los audífonos no están cubiertos. La cobertura de calzado a medida se limita a calzado a medida para afecciones graves de pie y tobillo, y deformidades de tal grado que el beneficiario no pueda usar calzado común sin correcciones ni modificaciones. La cobertura de modificaciones a calzado ortopédico para hacer calzado a medida se limita solo a modificaciones necesarias para la aplicación de un aparato ortopédico o férula. La cobertura para los aparatos para la vista disminuida y las prótesis oculares se limita a 1 cada 2 años calendario. La cobertura para una prótesis ocular se limita a 1 por año calendario.
Lentes de Anteojos	Se limitan a personas con diagnóstico de afaquia: 4 lentes por año calendario.
Marcos de Anteojos	Se limitan a personas con diagnóstico de afaquia: 2 marcos por año calendario. Los marcos de diseño no se incluyen.
Lentes de Contacto	Se limitan a personas con diagnóstico de afaquia: 4 lentes por año calendario.
Suministros Médicos	Sin límites
Terapia de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla)	Solo cuando la proporciona un hospital, clínica para pacientes ambulatorios o proveedor de cuidado de la salud en el hogar.
Terapia de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla)	Solo cuando la proporciona un hospital, clínica para pacientes ambulatorios o proveedor de cuidado de la salud en el hogar.

Categoría 8: Servicios de Laboratorio	
Laboratorio	Sin límites
Categoría 9: Servicios Preventivos/de Bienestar y Atención de Enfermedades Crónicas	
Programa para Dejar de Consumir Tabaco**	70 sesiones de 15 minutos por año calendario

Todos los límites de las unidades de servicio, edad, género, diagnóstico y otros límites relacionados con los códigos de procedimiento aún se aplican según lo indicado en la Lista de Cargos para Ayuda Médica.

* El plan de beneficios para niños incluirá todos los servicios médicamente necesarios sin limitaciones.

** El programa para dejar de consumir tabaco es uno de los servicios preventivos según lo recomendado por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos adicionales al programa para dejar de consumir tabaco, comuníquese con su Organización de Atención Administrada (por sus siglas en inglés, MCO).

Servicios Comunitarios y en el Hogar (por sus siglas en inglés, HCBS)	
Servicios	Límites
• Servicios de la vida diaria para adultos • Tecnología de asistencia • Terapia del comportamiento • Orientación sobre beneficios • Evaluación profesional • Terapia de rehabilitación cognitiva • Integración comunitaria • Servicios comunitarios de transición • Orientación • Desarrollo de habilidades laborales • Adaptaciones en el hogar • Comidas a domicilio • Servicios de un ayudante para el cuidado de la salud en el hogar • Cuidado de la salud en el hogar: enfermería • Cuidado de la salud en el hogar: terapia ocupacional • Cuidado de la salud en el hogar: fisioterapia	Respecto de la integración comunitaria: Cada objetivo específico no puede superar las veintiséis (26) semanas. No se aprobarán más de 32 unidades por semana para un objetivo. Si el participante tiene múltiples objetivos, no se aprobarán más de 48 unidades por semana. No obstante, la Oficina de Vivienda a Largo Plazo se reserva el derecho de autorizar más de 48 unidades (12 horas) de integración comunitaria en una semana por hasta 21 horas por semana y períodos superiores a las 26 semanas. Los servicios comunitarios de transición se limitan a un adicional de \$4,000 por participante, de por vida, según lo autorizado previamente por la oficina del programa de la agencia estatal. Las horas totales combinadas de servicios de desarrollo de habilidades laborales o asesoramiento laboral se limitan a 50 horas en una semana calendario. Un participante cuya necesidad supere las 50 horas por semana debe obtener aprobación previa.

• Cuidado de la salud en el hogar: terapia del habla y del lenguaje • Asesoramiento laboral • Búsqueda laboral • Transporte que no sea médico • Orientación para la nutrición • Apoyos comunitarios dirigidos por los participantes • Bienes y servicios dirigidos por los participantes • Servicios de asistencia personal • Sistema Personal de Respuesta de Emergencias (por sus siglas en inglés, PERS) • Erradicación de pestes • Rehabilitación residencial • Atención de Relevé • Coordinación de servicios • Suministros y equipo médico duradero especializados • Rehabilitación diurna estructurada • Teleatención • Modificaciones en vehículos	Respecto de los suministros y equipo médico duradero especializados, los artículos no cubiertos incluyen lo siguiente: Todos los medicamentos, compuestos y soluciones que requieren receta médica y de venta libre (excepto toallitas de limpieza y crema protectora). Artículos cubiertos mediante la responsabilidad de un pagador tercero. Artículos que no brindan un beneficio médico o curativo directo al participante o que no están directamente relacionados con la discapacidad del participante. Alimentos, suplementos alimenticios, sustitutos alimenticios (incluidas las fórmulas) y espesantes. Anteojos, marcos y lentes. Dentaduras postizas Todo artículo etiquetado como de investigación que haya sido rechazado por Medicare o Medicaid. Equipos recreativos o de ejercitación y dispositivos de adaptación para tales actividades.
--	---

Para todos los HCBS que también se ofrecen a través del plan estatal, el beneficio del plan estatal debe agotarse antes de poder acceder a los HCBS. Además, también deben haberse agotado las limitaciones de Medicare y otros recursos de terceros, como seguros privados. Por último, es posible que no se pueda acceder a algunos HCBS al mismo tiempo.

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP)
300 Corporate Center Drive
Camp Hill, PA 17011

allwell.pahealthwellness.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-866-330-9368 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-877-891-6103 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 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 1-866-330-9368 (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.

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.