



Resumen de Beneficios

2021

Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP) H6446: 014
Condados de Clark y Nye, NV

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 en allwell.silversummithealthplan.com.

Usted es elegible para inscribirse en Allwell Dual Medicare Harmony P3 (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.
- 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 Harmony P3 (HMO D-SNP)). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nevada: Clark y Nye.
- Para obtener Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de Nevada. 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 Nevada 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 Harmony P3 (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.silversummithealthplan.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 Harmony P3 (HMO D-SNP) serán responsables de los costos).

Este plan Allwell Dual Medicare Harmony P3 (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 Harmony P3 (HMO D-SNP) H6446: 014 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
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.	
Prima Mensual del Plan	\$0 (Debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero.)
Deducibles	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para servicios médicos cubiertos • Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5)
Monto Máximo de Desembolso (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$3,450 por año Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*	Copago de \$0 por internación.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$0 por visita • Servicios de observación: copago de \$0 por visita
Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: copago de \$0 por visita • Servicios de un especialista: copago de \$0 por visita
Atención Preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, 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 Harmony P3 (HMO D-SNP) H6446: 014 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Estudios por Imágenes* (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"> • Servicios de laboratorio: copago de \$0 • Procedimientos y pruebas de diagnóstico: copago de \$0 • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$0 • Servicios de radiología de diagnóstico, como resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRI), angiografía por resonancia magnética (por sus siglas en inglés, MRA), tomografía computarizada (por sus siglas en inglés, CT), tomografía por emisión de positrones (por sus siglas en inglés, PET): copago de \$0
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): copago de \$0 • Examen auditivo de rutina: copago de \$0 (1 por año calendario) • Audífonos: copago de \$0 (por un total de 2 audífonos, 1 por oído, por año calendario)
Servicios Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita • Servicios dentales preventivos: copago de \$0 (incluye exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y rayos X) • Servicios dentales integrales: se encuentran disponibles beneficios dentales integrales adicionales. <p>Se aplica una asignación máxima de \$4,000 por año calendario; se aplica a todos los beneficios dentales integrales.</p>
Servicios de la Vista	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$0 por visita • Examen de la vista de rutina: copago de \$0 por visita (hasta 1 por año calendario) • Lentes y accesorios de rutina: asignación de hasta \$300 por año calendario
Servicios de Salud Mental	<p>Terapia individual y grupal: copago de \$0 por visita</p>
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*	<p>Días 1 a 100: copago de \$0 por internación, por período de beneficios.</p>

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

Beneficios	Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP) H6446: 014 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
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
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • 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*	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: copago de \$0 • Otros medicamentos de la Parte B: copago de \$0

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

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Etapa del Deducible	<p>Deducible de \$445 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento que requiere receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible del plan.</p> <p>Una vez que haya pagado el monto del deducible del plan para sus medicamentos de la Parte D, abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura inicial). Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos que requieren receta médica, el monto de su deducible será de \$0 o \$92 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>	
Etapa de Cobertura Inicial (después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)	<p>Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de los medicamentos” alcancen los \$4,130, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>	
	Farmacia Minorista Estándar Suministro para 30 días	Farmacia de Compra por Correo Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	Copago de \$20	Copago de \$60
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5: Medicamentos Especializados	Coseguro del 25%	No disponible
Etapa de Brecha de Cobertura	<p>Durante esta etapa de pago, usted recibe un descuento del fabricante del 70% en medicamentos de marca cubiertos y el plan cubrirá otro 5%, por lo que usted pagará el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho en medicamentos de marca. Además, el plan pagará el 75% y usted pagará el 25% por los medicamentos genéricos. (El monto pagado por el plan no se tiene en cuenta para los costos de desembolso).</p>	

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

	<p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos de desembolso” del año hasta la fecha alcance los \$6,550. Los “costos de desembolso” incluyen lo que usted paga al surtir o volver a surtir una receta médica para un medicamento cubierto de la Parte D y los pagos de sus medicamentos hechos por cualquiera de los siguientes programas u organizaciones: “Ayuda Adicional” de Medicare, Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, la mayoría de las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (por sus siglas en inglés, SPAP). Una vez que los “costos de desembolso” alcancen los \$6,550, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura catastrófica).</p> <p>Si 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>
Etapa de Cobertura Catastrófica	<p>Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada medicamento que requiere receta médica, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual a un coseguro del 5% del medicamento o un copago (de \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico, o de \$9.20 por todos los demás medicamentos).</p>
Información Importante:	<p>El costo compartido puede variar según el nivel de ayuda que reciba, la farmacia que elija (como una farmacia de venta minorista estándar, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar) y el momento en el que ingrese en una de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos del suministro a largo plazo, la infusión en el hogar o el costo compartido adicional específico por farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra EOC en línea.</p> <p>El subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS) es una ayuda adicional que usted recibe de Medicare. Para saber si reúne los requisitos, visite Medicare.gov o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-833-717-0806 (TTY: 711).</p>

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP) H6446: 014 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Servicios de Telesalud Adicionales	El costo compartido de los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare con médicos de atención primaria, especialistas, las sesiones individuales o grupales con proveedores de salud mental o psiquiatras y otros profesionales de atención de salud de estas especialidades será igual al costo compartido que se paga por cada uno de estos servicios cuando se los recibe en el consultorio.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides	<ul style="list-style-type: none"> ● Individual: copago de \$0 por visita ● Grupal: copago de \$0 por visita
Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)	<p>Copago de \$0 (asignación de \$185 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>
Comidas	<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>
Atención Quiropráctica	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita
Acupuntura	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en un centro quiropráctico ● Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un proveedor de atención primaria ● Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubiertos por Medicare): copago de \$0 por visita en el consultorio de un especialista

Beneficios Adicionales Cubiertos	
Beneficios	Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP) H6446: 014 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): copago de \$0 • Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): copago de \$0 • Suministros para la diabetes: copago de \$0
Cuidado de los Pies (Servicios de Podiatría)	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 con médicos clínicos certificados por la Junta que tratan una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud.
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0 • Línea Nurse Connect atendida las 24 horas: copago de \$0 • Programa complementario para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): copago de \$0 • Cobertura para un dispositivo personal de respuesta en caso de emergencia médica de por vida. Copago de \$0 <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>
Examen Anual de Rutina	Copago de \$0
Servicios Adicionales Cubiertos para las Personas que Tienen Enfermedades Crónicas	<p>Este servicio está a disposición para los afiliados que tienen afecciones crónicas</p> <p>Batidos nutritivos: copago de \$0</p> <p>Los batidos nutritivos complementarios están formulados para afecciones circunstanciales y para enfermedades como la diabetes, enfermedad renal terminal (por sus siglas en inglés, ESRD), cáncer y cuidado de heridas. Con una autorización de la administración de casos y una remisión, se enviarán al domicilio del afiliado 24 batidos por mes durante 3 meses, como máximo.</p> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios ofrecidos, consulte la EOC.</p>

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

Declaración Escrita Integral para Posibles Personas Inscritas

Nuestro plan Medicare Advantage cubre los beneficios que se describen en la sección Primas y beneficios del Resumen de beneficios. Para cada beneficio que se detalla puede ver qué cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de Beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Independientemente de su nivel de elegibilidad para Medicaid, Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Primas y Beneficios del Resumen de Beneficios.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al número gratuito de Medicaid de Nevada al 1-877-638-3472 (TTY: 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://www.medicaid.nv.gov/contactinfo.aspx>. 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 Nevada, visite <https://www.medicaid.nv.gov/contactinfo.aspx> o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda. Se puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Nevada en el Resumen de Servicios de Nevada en línea en <https://www.medicaid.nv.gov/contactinfo.aspx>.

¿Qué Beneficios Están Cubiertos?
• Ambulancia/transporte de emergencia
• Control de natalidad/planificación familiar
• Cobertura odontológica (para la mayoría de los adultos: solamente cuidado de emergencia; embarazadas calificadas: solamente beneficios periodontales; niños: cobertura completa y ortodoncia limitada)
• Suministros médicos desechables
• Equipo médico duradero
• Visitas con el médico
• Sala de emergencias
• Exámenes de la vista y anteojos
• Healthy Kids (servicios preventivos de cuidado de la salud para niños y hasta los 21 años)
• Pruebas de audición
• Cuidado de la salud en el hogar
• Atención en un centro de cuidado de enfermos terminales
• Atención en un hospital
• Servicios de laboratorio y radiología
• Atención de maternidad
• Servicios de salud mental y abuso de sustancias
• Servicios de partera
• Servicios del hogar de convalecencia
• Nutricionista

¿Qué Beneficios Están Cubiertos?

• Servicios de terapia ocupacional
• Dispositivos ortopédicos y protésicos
• Medicamentos de venta libre con receta médica
• Servicios de cuidado personal
• Servicios de fisioterapia
• Servicios de podiatría
• Medicamentos que requieren receta médica
• Evaluaciones preventivas
• Atención de enfermería privada
• Especialistas
• Servicios del habla y la audición
• Programa para Dejar de Consumir Tabaco
• Servicios de transporte (el transporte que no es de emergencia no es un beneficio de NCU).
• Vacunas
• Programas de exención: ayudan a las personas con necesidades especiales (por ejemplo, personas de edad avanzada o con discapacidades físicas e intelectuales) a seguir en sus comunidades. Deben cumplirse los requisitos de elegibilidad, y los servicios no son un derecho (no son un beneficio regular).

Esta Sección le brinda más información sobre los beneficios.

Ambulancia/Transporte de Emergencia

Si tiene una emergencia médica, solicite una ambulancia al 911. Medicaid y NCU (Nevada Check Up) cubrirán los servicios de ambulancia aérea y terrestre en el caso de una emergencia.

Control de Natalidad y Planificación Familiar

Hable con su médico o clínica sobre la planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor que acepte Medicaid y NCU. No necesita una remisión. Puede obtener algunos tipos de anticonceptivos en el consultorio de su médico. Para otros, su médico le dará una receta médica. Las siguientes formas de anticonceptivos están cubiertas por Medicaid y NCU:

- Píldoras anticonceptivas
- Preservativos
- Cremas
- Diafragmas
- Espumas
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- Inyecciones (p. ej., Depo-Provera)
- Esponjas

Beneficios Odontológicos

Adultos (solamente Medicaid): atención de emergencia, paliativa y algo de atención protésica; embarazadas calificadas: beneficios para adultos y algunos beneficios expandidos. Los niños (menores de 21 años) obtienen cobertura completa, con algunas limitaciones en ortodoncia. Los dentistas deben tener la aprobación previa de Medicaid o NCU para algunos de los beneficios.

Suministros Médicos Desechables, Equipos Médicos Duraderos, Dispositivos Ortopédicos y Protésicos

Medicaid y NCU cubren muchos suministros médicos ordenados por su médico por motivos médicos. Por ejemplo, los siguientes son algunos de los suministros que pueden estar cubiertos:

- Suministros para la incontinencia (pañales para adultos)
- Silla de ruedas, bastones, muletas y andadores
- Dispositivos ortóticos protésicos
- Suministros para el cuidado de heridas
- Bomba de insulina
- Oxígeno

Hable con su médico si necesita suministros médicos. Su médico puede hacerle una receta médica para que lleve a una empresa de suministros médicos. El proveedor de suministros debe obtener la aprobación previa de Medicaid y NCU para algunos artículos.

Visitas con el Médico

Medicaid y NCU pagan para que pueda consultar a un médico o visitar una clínica de atención de urgencias cuando tenga problemas de salud. Es importante que visite a su médico de atención primaria siempre que sea posible para tener un tratamiento regular para que, de esta forma, el médico pueda mantener un historial médico actualizado. Si es necesario, su médico lo puede remitir a un especialista.

Sala de Emergencias

Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato. Deberá llamar a su médico después de que la emergencia se atienda. Su médico debe proporcionarle la atención de seguimiento que necesite después de la emergencia. Si no es una emergencia y su proveedor de atención primaria no está disponible, vaya a una clínica de atención de urgencias.

Exámenes de la Vista y Anteojos

Medicaid/NCU cubren la atención de las enfermedades de la vista, la cirugía de la vista médicamente necesaria, los exámenes de la vista y los anteojos recetados. Medicaid paga exámenes de la vista y anteojos solamente una vez cada 12 meses. Su proveedor le mostrará los marcos que puede elegir que tienen cobertura completa. Si elige marcos más costosos, debe pagar la diferencia entre lo que Medicaid y NCU pagan y el costo de los marcos que eligió. Asegúrese de firmar un acuerdo con anticipación si va a comprar marcos más costosos. Medicaid/NCU no cubren lentes de contactos, excepto en ciertos casos en los que son médicamente necesarios.

Healthy Kids o Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT)

Healthy Kids, también conocido como EPSDT, es un beneficio especial para niños en Medicaid/NCU. Algunos problemas comienzan antes de que su hijo se vea o se sienta enfermo. Su médico puede encontrar y tratar estos problemas tempranamente, antes de que sean graves, mediante exámenes regulares para “niños sanos”. Healthy Kids también cubre controles odontológicos. Casi todas las personas desde el nacimiento hasta los 20 años que tienen Medicaid/NCU pueden obtener los servicios cubiertos de Healthy Kids. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- exámenes para niños sanos realizados por el médico de su hijo. Este es un examen de pies a cabeza que incluye antecedentes médicos, hábitos alimenticios, exámenes de la vista y la audición, evaluación de salud mental y control del crecimiento y el desarrollo;
- inyecciones (vacunas) para mantener a su hijo saludable;
- controles odontológicos. Examen y limpieza completos (cubiertos hasta los 20 años), dos veces por año o más si el dentista de su hijo lo recomienda;
- tratamiento con flúor y selladores;
- tratamiento y atención de seguimiento si se encuentra un problema de salud durante un examen;
- análisis de plomo y otros análisis de laboratorio; y
- si es necesario, transporte gratis para citas médicas aprobadas por Medicaid. (El deducible no se aplica a los beneficiarios de NCU).

¿Cuándo debe llevar a su hijo a un examen de niño sano?

- Recién nacidos: tan pronto como sea posible después del nacimiento.
- Bebés: en el mes 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30
- Niños hasta adultos menores (de 3 a 20 años): una vez al año

Pruebas de Audición

Las pruebas de audición para recién nacidos se incluyen en la estadía en el hospital del recién nacido. Las pruebas de audición para niños son parte del examen de Healthy Kids/EPSDT. Se cubren otras pruebas de audición para niños y adultos, si son médicamente necesarias.

Servicios en el Hogar y la Comunidad

Estos servicios le ayudan a recibir la atención médica que necesita para que pueda quedarse en su hogar. Incluyen atención de salud diurna para adultos, servicios de cuidado personal, cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería privada e internación parcial. Estos servicios son para las personas que necesitan asistencia porque tienen enfermedades de salud mental en curso. Si necesita estos servicios, deberá hacerse una evaluación para asegurarse de que usted o su ser querido cumple con los criterios de elegibilidad y que los servicios son médicamente necesarios.

Cuidado de la Salud en el Hogar

El cuidado de la salud en el hogar es para las personas que necesitan servicios en el hogar, como enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. Si considera que necesita cuidado de la salud en el hogar, hable con su médico. Su médico enviará una orden a una agencia de cuidado de la salud en el hogar que usted elija y que esté inscrita en Medicaid. La agencia de cuidado de la salud en el hogar se comunicará con Medicaid o NCU para obtener la aprobación previa.

Atención en un Centro de Cuidado de Enfermos Terminales

Los servicios en un centro de cuidado de enfermos terminales pueden ofrecerle a usted o un familiar ayuda y comodidad en los momentos finales de su vida. El centro de cuidado de enfermos terminales se encarga de sus necesidades físicas, emocionales y espirituales en un centro de cuidado de enfermos terminales, un centro de atención de enfermería, un centro de atención intermedia (por sus siglas en inglés, ICF) o en su hogar. Hay diferentes tipos de especialistas que pueden ayudar a su familiar a enfrentar las últimas etapas de su enfermedad, su muerte y el duelo.

Atención en un Hospital

Se cubre la atención en un hospital para pacientes internados y pacientes ambulatorios. Antes de utilizar los servicios en un hospital, obtenga una remisión de su médico.

Servicios de Laboratorio y Radiología

Se cubren los servicios de laboratorio y radiología; puede obtenerlos en el consultorio de su médico, o este lo puede remitir a otra clínica, laboratorio u hospital.

Atención de Maternidad

Si cree que está embarazada, consulte a un médico lo antes posible. La atención de maternidad temprana le ayudará a que su bebé nazca sano. Puede elegir consultar a un especialista, como un médico obstetra o ginecólogo (OB/GYN) o una enfermera partera certificada. Medicaid cubre las cesáreas que son médicamente necesarias, pero no paga las cesáreas hechas por la comodidad de la madre o el médico. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Consultas prenatales, análisis de laboratorio y pruebas necesarias (como ecografías)
- La estadía en el hospital
- Parto y parto
- El control en la segunda o sexta semana después del nacimiento
- Anestesia (tratamiento del dolor)
- Control de natalidad/planificación familiar

Puede quedarse en el hospital hasta 72 horas después de parto normal y hasta 96 horas después de cesárea. Puede elegir una estadía más corta si usted y su médico están de acuerdo. Su bebé puede tener cobertura de Medicaid durante el primer año de vida si puede obtener Medicaid cuando su bebé nazca. Comuníquese con su trabajador social de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (por sus siglas en inglés, DWSS) cuanto antes para informar el nacimiento de su bebé.

Para obtener cobertura para su bebé de servicios de NCU desde el nacimiento, debe avisarle a DWSS en el plazo de 14 días desde el nacimiento. Si tiene cobertura temporal para el recién nacido y califica para NCU, la cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes administrativo. Por ejemplo, si su bebé nació el 15 de septiembre, y la madre tiene cobertura de otro seguro por 30 días (hasta el 15 de octubre), no se inscribirá al recién nacido en NCU hasta el 1 de noviembre. El recién nacido no puede recibir cobertura que tenga una fecha anterior a la última inscripción actual de otro familiar. Su hijo puede seguir teniendo cobertura de NCU si el padre cumple con los requisitos de ingresos anualmente, paga al día las primas mensuales y el niño cumple con otros criterios de elegibilidad.

Servicios de Partera

Puede elegir una partera para su embarazo. Debe elegir una partera certificada y con licencia que sea proveedora de Medicaid o NCU. Algunas parteras certificadas pueden atender partos en un centro de maternidad o en el hospital, en caso de que haya una emergencia durante el parto.

Servicios de Salud Mental/por Abuso de Sustancias

Puede obtener estos beneficios para tratar un trastorno en la salud del comportamiento agudo (a corto plazo) o crónico (que continúa por mucho tiempo). Algunos servicios incluidos son los siguientes:

- Servicios para pacientes internados y ambulatorios
- Evaluaciones psiquiátricas
- Control de medicamentos
- Pruebas psicológicas
- Servicios de desintoxicación para pacientes internados por abuso de sustancias/alcohol
- Terapia individual y grupal
- Atención de emergencia en un hospital
- Intervención en caso de crisis
- Servicios de desintoxicación para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias/alcohol

Servicios del Hogar de Convalecencia

Los centros de atención de enfermería proporcionan servicios de atención de salud las 24 horas a las personas con problemas médicos o lesiones que no pueden controlarse en el hogar. Si usted o su familiar tiene un deterioro cognitivo (problemas, por ejemplo, de memoria, percepción, juicio y razonamiento) o problemas de comportamiento, un centro de atención de enfermería puede ayudarle. Esta asistencia puede ayudarle con la atención médica, de enfermería, los servicios de rehabilitación y la administración psicosocial o una combinación de estos servicios.

Se ofrecen servicios en centros de atención de enfermería en otro estado a los residentes en los siguientes casos:

- no se lo puede ubicar en un centro de atención de enfermería de Nevada;
- vive en o cerca de la frontera de Nevada y le es más conveniente recibir servicios médicos de un proveedor en otro estado.

Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional le ayuda a mejorar su afección médica o a aprender o volver a aprender una tarea después de una enfermedad, lesión o discapacidad grave. Su médico debe enviar la orden a un terapeuta ocupacional que acepte Medicaid o NCU.

Medicamentos de Venta Libre

Si su doctor se los receta, puede obtener medicamentos de venta libre, como antiácidos, aspirina, acetaminofén y medicamentos para la tos, resfríos o alergias. Lleve la receta médica a la farmacia y Medicaid de Nevada pagará por los medicamentos.

Servicios de Cuidado Personal

El programa de Servicios de cuidado personal ayuda a las personas con discapacidades o enfermedades duraderas a vivir independientemente en su hogar. Estos servicios son para las personas que no tienen a un responsable legal que las ayude. Un encargado de atención personal (por sus siglas en inglés, PCA) ayuda a las personas con tareas como bañarse, vestirse, ir al baño, y también puede ayudarles a cocinar, comprar artículos esenciales como comida, lavar ropa y hacer tareas domésticas livianas. El tipo de servicio y la cantidad de horas permitidas dependen de la necesidad médica. Un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional hará una evaluación.

Fisioterapia

Puede obtener fisioterapia para algunas enfermedades, lesiones o discapacidades graves si mejorará su afección médica. Debe ser ordenada por su médico, quien autorizará un fisioterapeuta que acepte Medicaid o NCU.

Medicamentos que Requieren Receta Médica

Medicaid y NCU cubren muchos medicamentos que requiere receta médica. Algunas recetas médicas requieren una autorización previa. Hay una lista con los medicamentos preferidos de la cual su médico puede elegir. Las recetas médicas para los medicamentos para la pérdida de peso o utilizados por motivos cosméticos o experimentales no tienen cobertura. Si está en Medicare y Medicaid, la mayoría de sus recetas médicas deben ser proporcionadas por Medicare. Medicaid cubrirá los artículos que Medicare no cubra, incluidos algunos medicamentos de venta libre.

Atención de Enfermería Privada

La atención de enfermería privada puede ayudarle a obtener una atención más individual y continua en comparación con un servicio de visitas de enfermeros. El programa le ayuda a mantenerse seguro en el hogar en lugar de en un centro, como un centro de atención de enfermería. Debe contar con la orden del médico para obtener atención de enfermería privada.

Servicios de Habla y Audición

Si tiene problemas graves de habla y audición, consulte a su médico. Su médico puede remitirlo a un especialista de habla o un audiólogo. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid o NCU son los siguientes:

- Pruebas de audición
- Baterías para audífonos
- Audífonos
- Terapia del habla

Programa para Dejar de Consumir Tabaco

Se cubren los productos para ayudarle a dejar de consumir tabaco. Debe obtener una receta médica de su médico y llevarla a la farmacia. Se cubren los medicamentos con receta médica y de venta libre, como parches y pastillas. También se cubre el asesoramiento para dejar de fumar, como parte de una consulta con su médico.

Servicios de Transporte (que no sea de emergencia)

Medicaid proporciona traslados para las citas médicas, los cuales se llaman Transporte que no sea de emergencia (por sus siglas en inglés, NET). Este servicio se proporciona mediante una empresa de transporte contratada por Medicaid. El servicio de transporte no se cubre para los beneficiarios de NCU. Puede obtener traslados para recibir tratamiento mediante un servicio cubierto por Medicaid. Debe programar los traslados al menos con cinco días de anticipación. La empresa puede ayudarle a obtener transporte público. Para traslados de atención de urgencia, la empresa de transporte debe proporcionarle un traslado el mismo día que llamó. Si debe cancelar la cita con su médico, recuerde cancelar el transporte. El consultorio del médico no cancelará el traslado por usted. Se requiere autorización previa de la empresa de transporte.

Vacunas

Se cubren todas las vacunas recomendadas para niños y adultos.

Programas de Exención

Si tiene necesidades especiales, puede calificar para recibir más beneficios mediante programas de exención. Las exenciones le permiten a Medicaid pagar servicios y ayuda para usted, y, como resultado, pueden permitirle vivir de manera segura en su hogar o comunidad en lugar de en un centro de atención de enfermería u otra institución. Los servicios de exención incluyen lo siguiente:

- Sistemas de respuesta antes emergencias
- Servicios de empleada doméstica
- Grupos en el hogar
- Centros de tratamiento de día
- Cuidado diurno para adultos
- Apoyo familiar
- Comidas a domicilio
- Atención de relevo para familiares que necesitan descansar del cuidado de los familiares con discapacidades o de edad avanzada.

Estos programas son para las personas que cumplen con los requisitos del programa, como las personas de edad avanzada o con discapacidades físicas o intelectuales. Hay un cupo limitado de personas para estos programas. Para obtener información sobre cómo solicitar un programa de exención, llame a la Oficina de Distrito de Medicaid en su área.

Para obtener más información, comuníquese a la siguiente dirección:

Allwell Dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP).
2500 N. Buffalo Drive, Suite 250
Las Vegas, NV 89128

allwell.silversummithealthplan.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-833-717-0806 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-606-3604 (TTY: 711)

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

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

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-717-0806 (TTY: 711) para obtener información adicional.

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

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

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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-717-0806 (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.