



# Resumen de Beneficios

## 2021

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5590: 008  
Condados de Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa,  
Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma, AZ

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.azcompletehealth.com](http://allwell.azcompletehealth.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 Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.
- Para obtener Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de AZ. 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 Arizona 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.azcompletehealth.com](http://allwell.azcompletehealth.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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5590: 008 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>	Usted paga de \$0 a \$36.10 según su nivel de elegibilidad para Medicaid.  (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 o \$198 para servicios médicos cubiertos. \$198 es el deducible de la Parte B para el año 2020. Este monto puede cambiar para el año 2021</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 o \$1,350 por internación
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: coseguro del 0% o 20% por visita</li> <li>• Servicios de observación: coseguro del 0% o 20% 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: coseguro del 0% o 20% por visita</li> <li>• Especialista: coseguro del 0% o 20% 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 o \$120 por visita  Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Coseguro del 0% o 20% (hasta \$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 Dual Medicare (HMO D-SNP) H5590: 008 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: coseguro del 0% o 20%</li> <li>• Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: coseguro del 0% o 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 0% o 20%</li> </ul>
<b>Servicios de Audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo (cubierto por Medicare): coseguro del 0% o 20%</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> <p><b>Nivel de tecnología I:</b> usted paga un copago de \$0 por audífono.</p>
<b>Servicios Dentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales (cubiertos por Medicare): coseguro del 0% o 20% 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> </ul> <p>Se aplica una asignación máxima de \$4,000 por año calendario; se aplica a todos los beneficios dentales integrales.</p>
<b>Servicios de la Vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oftalmológico (cubierto por Medicare): coseguro del 0% o del 0% al 20% 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 \$250 por año calendario</li> </ul>
<b>Servicios de Salud Mental</b>	<p>Terapia individual y grupal: coseguro del 0% o 20% por visita</p>
<b>Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*</b>	<p>En 2020, los montos para cada período de beneficios fueron los siguientes: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$176 por día para los días 21 a 100 (puede variar en 2021)</li> </ul>
<b>Fisioterapia*</b>	<p>Coseguro del 0% o 20% por visita</p>
<b>Ambulancia</b>	<p>Coseguro del 0% o 20% (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea</p>

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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5590: 008 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria*</b>	Centro de cirugía ambulatoria: coseguro del 0% o 20% 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 24 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>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia: coseguro del 0% o 20%</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 0% o 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 \$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 \$0	Copago de \$0
<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 50%	Coseguro del 50%
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializados</b>	Coseguro del 25%	No disponible

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

<b>Etapas 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. 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>Etapas 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 1-800-977-7522 (TTY: 711).</p>

## Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5590: 008 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>• Entorno individual: coseguro del 0% al 20% por visita</li> <li>• Entorno grupal: coseguro del 0% al 20% por visita</li> </ul>
<b>Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)</b>	<p>Copago de \$0 (asignación de \$355 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): coseguro del 0% o 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): coseguro del 0% o 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): coseguro del 0% o 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): coseguro del 0% o 20% por visita en el consultorio de un especialista</li> </ul>



<b>Beneficios Adicionales Cubiertos</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP) H5590: 008 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): coseguro del 0% o 20%</li> <li>• Dispositivos protésicos (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): coseguro del 0% o 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): coseguro del 0% o 20% 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
<b>Beneficios Suplementarios Especiales para las Personas que Tienen Enfermedades Crónicas*</b>	<p>Estos servicios están a disposición para los afiliados que tienen afecciones crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura para un dispositivo personal de respuesta en caso de emergencia médica de por vida. Copago de \$0</li> <li>• Atención de acompañante (llamadas mensuales con un miembro del personal de extensión comunitaria): copago de \$0</li> </ul> <p>Para obtener una lista detallada de los beneficios ofrecidos, consulte la EOC.</p>
<b>Servicios Adicionales Cubiertos para las Personas que Tienen Enfermedades Crónicas*</b>	<p>Estos servicios están a disposición para los afiliados que tienen afecciones crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control remoto de signos vitales (servicios de control de la presión arterial, glucosa, oximetría de pulso o mediciones de peso, según sus necesidades individuales): copago de \$0</li> <li>• Batidos nutritivos: copago de \$0.</li> </ul> <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 (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 Sistema de Control de Costos de Cuidado de la Salud de Arizona (por sus siglas en inglés, AHCCCS) de manera gratuita al 1-855-432-7587 (TDD: 1-800-367-8939).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.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 AZ, visite [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda. Se puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de AZ en el Resumen de Beneficios de AZ en línea en [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov).

### ACUERDO DEL PLAN DE SALUD MEDICARE ADVANTAGE D SNP

#### ENTRE EL SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA (AHCCCS) Y

Participant Bridgeway Health Solutions of Arizona, Inc. que opera bajo el nombre de Arizona Complete Health Medicare Advantage, una compañía de Arizona (una compañía afiliada de Contractor Health Net Access, Inc., una compañía de Arizona)

#### ANEXO 2 - SERVICIOS CUBIERTOS DEL AHCCCS - SERVICIOS DE SALUD FÍSICA

#### ACUERDO N.º YH20-0010-01 DEL AHCCCS

La información sobre los servicios de salud física cubiertos por el AHCCCS que son médicamente necesarios según los términos de este Acuerdo se describe con más detalle en el párrafo 2.2 de los Acuerdos y en el contrato YH19-0001 de la Ley de Atención Integral (por sus siglas en inglés, ACC) del AHCCCS, en su forma enmendada:

Sección D, párrafo 9: Alcance de los servicios.

<https://www.azahcccs.gov/Resources/OversightOfHealthPlans/SolicitationsAndContracts/contracts.html>

SERVICIOS DE SALUD FÍSICA (DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA POLÍTICA Y EL CONTRATO APLICABLES)	TÍTULO XIX	
	<21	≥21
Audiología	X	X
Salud del comportamiento	Consulte el Anexo 3.	
Reconstrucción de seno después de mastectomía	X	X
Servicios quiroprácticos	X	
Implantes cocleares	X	

<b>SERVICIOS DE SALUD FÍSICA (DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA POLÍTICA Y EL CONTRATO APLICABLES)</b>	<b>TÍTULO XIX</b>	
	<b>&lt;21</b>	<b>≥21</b>
Pruebas de diagnóstico	X	X
Servicios dentales de emergencia	X	Solo del ALTCS
Servicios dentales preventivos y terapéuticos	X	
Servicios quirúrgicos y médicos limitados de un dentista (para afiliados de 21 años o más)		X
Diálisis	X	X
Servicios de emergencia	X	X
Examen de la vista de emergencia	X	X
Examen de la vista/lentes recetados	X	
Lentes para después de una cirugía de cataratas	X	X
Tratamiento para enfermedades de los ojos	X	X
Pruebas de detección y evaluación de riesgo de salud (para afiliados de 21 años o más)		X
Exámenes preventivos en ausencia de enfermedad o síntomas conocidos	X	X
Terapia antirretroviral para VIH/SIDA	X	X
Terapia de oscilación de alta frecuencia de la pared torácica	X	X
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	X	X
Cuidado de enfermos terminales	X	X
Servicios para pacientes internados en un hospital	X	X
Observación en un hospital	X	X
Servicios para pacientes ambulatorios en un hospital	X	X
Histerectomía (medicamento necesario)	X	X
Vacunas	X	X
Laboratorio	X	X
Servicios de maternidad	X	X
Planificación familiar	X	X
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (servicios médicos)	X	
Alimentos médicos	X	X
Equipos y dispositivos médicos	X	X
Suministros médicos	X	X
Dispositivos protésicos	X	X
Dispositivos ortóticos	X	X

<b>SERVICIOS DE SALUD FÍSICA (DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA POLÍTICA Y EL CONTRATO APLICABLES)</b>	<b>TÍTULO XIX</b>	
	<b>&lt;21</b>	<b>≥21</b>
Tratamiento de heridas con terapia de presión negativa	X	X
Centros de enfermería (hasta 90 días)	X	X
Primer asistente quirúrgico no médico	X	X
Servicios médicos	X	X
Servicios para el pie y el tobillo	X	X
Medicamentos que requieren receta médica	X	X
Servicios de proveedores de atención primaria	X	X
Atención de enfermería privada	X	X
Radiología y diagnóstico por imágenes	X	X
Terapia ocupacional para pacientes internados	X	X
Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	X	X
Fisioterapia para pacientes internados	X	X
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	X	X
Estudios del sueño (polisomnografía)	X	X
Terapia del habla para pacientes internados	X	X
Terapia del habla para pacientes ambulatorios	X	Solo del ALTCS
Terapia respiratoria	X	X
Nutrición parenteral total para pacientes ambulatorios	X	X
Trasplantes no experimentales aprobados por el reembolso del Título XIX (consulte la póliza acerca de cobertura para trasplantes específicos)	X	X
Trasplante relacionado con medicamentos inmunosupresores	X	X
Transporte de emergencia	X	X
Transporte que no sea de emergencia	X	X
Priorización	X	X

**ACUERDO DE LA ORGANIZACIÓN MEDICARE ADVANTAGE**

**ENTRE EL SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA (AHCCCS) Y Participant Bridgeway Health Solutions of Arizona, Inc. que opera bajo el nombre de Arizona Complete Health Medicare Advantage, una compañía de Arizona (una compañía afiliada de Contractor Health Net Access, Inc., una compañía de Arizona)**

**ACUERDO N.º YH20-0010-01 DEL AHCCCS**

**ANEXO 3 - SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO CUBIERTOS POR EL AHCCCS**

La información sobre los servicios de salud del comportamiento cubiertos por el AHCCCS que son médicamente necesarios según los términos de este Acuerdo se describe con más detalle en el párrafo 2.2 de este Acuerdo y:

- En el contrato YH19-0001 de la Ley de Atención Integral (ACC) del AHCCCS, en su forma enmendada:

- o Sección D, párrafo 9: Alcance de los servicios

- o Sección D, párrafo 11: Prestación de servicios de salud del comportamiento

<https://www.azahcccs.gov/Resources/OversightOfHealthPlans/SolicitationsAndContracts/contracts.html>

- En el contrato YH18-0001 para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidades Físicas (por sus siglas en inglés, E-PD) del ALTCS, en su forma enmendada:

- o Sección D, párrafo 11: Alcance de los servicios

- o Sección D, párrafo 13: Prestación de servicios de salud del comportamiento

<https://www.azahcccs.gov/Resources/OversightOfHealthPlans/SolicitationsAndContracts/contracts.html>

<b>SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO (DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA PÓLIZA Y EL CONTRATO APLICABLES, INCLUIDOS AQUELLOS SERVICIOS MENCIONADOS EN LA MATRIZ DE SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL AHCCCS EN EL SITIO WEB DEL AHCCCS)</b>	<b>ACC</b>		<b>ALTCS</b>	
	<b>TÍTULO XIX</b>		<b>TÍTULO XIX</b>	
	<b>&lt;21</b>	<b>&gt;21</b>	<b>&lt;21</b>	<b>&gt;21</b>
<b>Orientación y terapia de salud del comportamiento - Individual</b>	X	X	X	X
<b>Orientación y terapia de salud del comportamiento - Grupal y familiar</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de detección de salud del comportamiento</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de determinación de salud del comportamiento</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de pruebas de salud del comportamiento</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de evaluación de salud del comportamiento</b>	X	X	X	X
<b>Otros servicios profesionales - Servicios contra el abuso de alcohol y drogas</b>	X	X	X	X
<b>Otros servicios profesionales - Terapia multisistémica para menores</b>	X		X	
<b>Otros servicios profesionales - Servicios de salud mental (antes conocida como sanación tradicional)</b>	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles

<b>SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO (DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA PÓLIZA Y EL CONTRATO APLICABLES, INCLUIDOS AQUELLOS SERVICIOS MENCIONADOS EN LA MATRIZ DE SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL AHCCCS EN EL SITIO WEB DEL AHCCCS)</b>	<b>ACC</b>		<b>ALTCS</b>	
	<b>TÍTULO XIX</b>		<b>TÍTULO XIX</b>	
	<b>&lt;21</b>	<b>&gt;21</b>	<b>&lt;21</b>	<b>&gt;21</b>
<b>Otros servicios profesionales - Acupuntura auricular</b>	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles
<b>Habilidades, capacitación y desarrollo, y rehabilitación psicosocial (capacitación en habilidades para la vida)</b>	X	X	X	X
<b>Rehabilitación cognitiva</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de promoción de la salud (educación, capacitación sobre medicamentos y servicios de apoyo para la promoción/prevención de la salud del comportamiento)</b>	X	X	X	X
<b>Servicios psicopedagógicos y apoyo continuo para mantener el empleo</b>	X	X	X	X
<b>Servicios médicos</b>	X	X	X	X
<b>Laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes</b>	X	X	X	X
<b>Control médico</b>	X	X	X	X
<b>Terapia electroconvulsiva</b>	X	X	X	X
<b>Administración de casos</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de cuidado personal</b>	X	X	X	X
<b>Capacitación de atención en el hogar - Familiar</b>	X	X	X	X
<b>Capacitación de atención en el hogar - Para cliente de atención en el hogar</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de autoayuda/pares</b>	X	X	X	X
<b>Atención de relevo no especializada</b>	X	X	X	X
<b>Vivienda asistida</b>	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles
<b>Servicios de interpretación oral o lengua de señas</b>	X	X	X	X
<b>Transporte de emergencia</b>	X	X	X	X
<b>Transporte que no sea de emergencia</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de intervención en crisis - Ambulante</b>	X	X	X	X
<b>Servicios de intervención en crisis - En un centro</b>	X	X	X	X
<b>Servicios hospitalarios</b>	X	X	X	X
<b>Centro de subagudos</b>	X	X	X	X
<b>Centro de tratamiento residencial</b>	X	X	X	X
<b>Centro de salud del comportamiento residencial (sin habitación y comida)</b>	X	X	X	X

SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO (DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DE LA PÓLIZA Y EL CONTRATO APLICABLES, INCLUIDOS AQUELLOS SERVICIOS MENCIONADOS EN LA MATRIZ DE SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL AHCCCS EN EL SITIO WEB DEL AHCCCS)	ACC		ALTCS	
	TÍTULO XIX		TÍTULO XIX	
	<21	>21	<21	>21
<b>Servicios de salud mental no especificados en otra categoría (con habitación y comida)</b>	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles	Fondos que no son del Título XIX si están disponibles
<b>Tratamiento supervisado de salud del comportamiento y programas diurnos</b>	X	X	X	X
<b>Servicios terapéuticos de salud del comportamiento y programas diurnos</b>	X	X	X	X
<b>Tratamiento psiquiátrico de apoyo en la comunidad y programas médicos diurnos</b>	X	X	X	X
<b>Tratamiento psiquiátrico de apoyo en la comunidad y programas médicos diurnos - por teléfono</b>	X	X	X	X

## ACUERDO DE LA ORGANIZACIÓN MEDICARE ADVANTAGE

ENTRE EL SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA (AHCCCS) Y Participant Bridgeway Health Solutions of Arizona, Inc. que opera bajo el nombre de Arizona Complete Health Medicare Advantage, una compañía de Arizona (una compañía afiliada de Contractor Health Net Access, Inc., una compañía de Arizona)

### ACUERDO N.º YH20-0006-01 DEL AHCCCS

#### ANEXO 4 - MLTSS PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y CON DISCAPACIDADES FÍSICAS CUBIERTOS POR EL ALTCS

La información sobre los servicios de apoyo administrados a largo plazo (MLTSS) y cubiertos por el AHCCCS que son médicamente necesarios según los términos de este Acuerdo se describe con más detalle en el párrafo 2.2 de este Acuerdo y el contrato YH18-0001 para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidades Físicas (E-PD) del ALTCS, en su forma enmendada:

- Sección D, párrafo 11: Alcance de los servicios (incluidos los servicios de apoyo a largo plazo)
- Sección D, párrafo 13: Prestación de servicios de salud del comportamiento

<https://www.azahcccs.gov/Resources/OversightOfHealthPlans/SolicitationsAndContracts/contracts.html>

#### SERVICIOS INSTITUCIONALES

Centro de atención intermedia (solo para afiliados con discapacidad del desarrollo y doble elegibilidad)

Centro de enfermería - Nivel I

Centro de enfermería - Nivel II

Centro de enfermería - Nivel III

Centro de enfermería - Nivel IV

Centro de enfermería - Atención de relevo

Reserva de cama - Licencia terapéutica

Reserva de cama - Admisión en un hospital

#### LUGARES DE RESIDENCIA ALTERNATIVOS

Residencia de vida asistida

Centro de vida asistida

Servicios para custodia tutelar para adultos

Habilitación - Residencial (solo para hogares grupales para afiliados con discapacidad del desarrollo)

Nivel II - Salud del comportamiento residencial  
(puede ser adecuado para internaciones de cualquier extensión)

Residencia terapéutica de salud del comportamiento

- Capacitación de atención en el hogar para cliente de atención en el hogar (niños)
- Capacitación de atención en el hogar para cliente de atención en el hogar (adultos)
- Capacitación de atención en el hogar para cliente de atención en el hogar (adultos mayores)



## SERVICIOS DE CUIDADO DE ENFERMOS TERMINALES

Atención de rutina en el hogar

Atención continua en el hogar

Atención de relevo para pacientes internados

Atención general para pacientes internados

## SERVICIOS COMUNITARIOS Y EN EL HOGAR

Atención de salud diurna para adultos

Atención de asistente

Atención de acompañante

Servicio comunitario de transición

Sistema de alerta de emergencia

Habilitación

- Capacitación y tratamiento de día
- Empleo asistido

Comidas a domicilio

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar/enfermería

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar/ayudante para el cuidado de la salud en el hogar

Trabajo doméstico

Modificación del hogar

Cuidado personal

Atención de Relevo

- En el hogar a corto plazo
- En el hogar permanente
- Relevo grupal

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

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP)  
PO Box 10420  
Van Nuys, CA 91410

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

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-977-7522 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-333-3930 (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 1-800-977-7522 (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 1-800-977-7522 (TTY: 711).

Los servicios del contrato se financian, en parte, en virtud del contrato con el estado de Arizona.

Allwell tiene un contrato con Medicare para un plan de HMO D-SNP y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.