



DE



western sky  
community care.

# Resumen de Beneficios

## 2021

Allwell Dual Medicare Harmony (HMO D-SNP) H2134: 003

Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance y Valencia, NM

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos al número que aparece en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la EOC en nuestro sitio web [allwell.westernskycommunitycare.com](http://allwell.westernskycommunitycare.com).

Usted es elegible para inscribirse en Allwell Dual Medicare Harmony (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 Harmony [HMO D-SNP]). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance y Valencia.
- Para obtener Allwell Dual Medicare Harmony (HMO D-SNP), también debe estar inscrito en el plan Medicaid de Nuevo México. 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 Nuevo México paga su prima de la Parte B para las personas inscritas con doble elegibilidad total. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.

El plan Allwell Dual Medicare Harmony (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.westernskycommunitycare.com](http://allwell.westernskycommunitycare.com). (Tenga en cuenta que, excepto por la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando usted se encuentre fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que su plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si recibe atención médica de un proveedor que no esté en el plan, ni Medicare ni Allwell Dual Medicare Harmony [HMO D-SNP] serán responsables de los costos).

Este plan Allwell Dual Medicare Harmony (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 Harmony (HMO D-SNP) H2134: 003 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 \$25.70 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 \$410 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)	\$7,550 por año  Esto es lo máximo que usted paga por copagos y coseguros para servicios médicos cubiertos por todo el año.
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*</b>	Por cada internación, usted paga \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por día para los días 1 a 8</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 9 a 90</li> </ul>
<b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*</b>	Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios: coseguro del 0% o 20% por visita  Servicios de observación: coseguro del 0% o 20% por visita
<b>Visitas con el Médico (Proveedores de Atención Primaria y Especialistas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria: coseguro del 0% por consulta</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>	Coseguro del 0% o 20% (hasta \$90) por visita  Usted no tiene que pagar el copago si lo internan en el hospital de inmediato.

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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Dual Medicare Harmony (HMO D-SNP) H2134: 003 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<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.
<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)	Copago de \$0 para las pruebas de COVID-19 y los servicios especificados relacionados con la prueba en cualquier centro. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio: copago de \$0</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico: copago de \$0</li> <li>• Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$0 o \$15</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>
<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 \$3,000 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 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 \$150 por año calendario</li> </ul>
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Terapia individual y grupal: coseguro del 0% o 20% por visita

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

<b>Beneficios</b>	<b>Allwell Dual Medicare Harmony (HMO D-SNP) H2134: 003 Primas Mensuales/Copagos/Coseguros</b>
<b>Servicios en un Centro de Enfermería Especializada*</b>	En 2020, los montos para cada período de beneficios fueron los siguientes: \$0 o <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>	Coseguro del 0% o 20% por visita
<b>Ambulancia</b>	Coseguro del 0% o 20% (por viaje de ida o de vuelta) para servicios de ambulancia terrestre o aérea
<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 20 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 \$410 para los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento que requiere receta médica del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible del plan.</p> <p>Una vez que haya pagado el monto del deducible del plan para sus medicamentos de la Parte D, abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de cobertura inicial). Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos que requieren receta médica, el monto de su deducible será de \$0 o \$92 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>	
<b>Etapa de Cobertura Inicial</b> (después de que paga el deducible de la Parte D, si corresponde)	<p>Después de que usted haya alcanzado el deducible (si corresponde), el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los “costos totales de medicamentos” son el monto total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que el plan paga y lo que usted paga. Una vez que los “costos totales de los medicamentos” alcancen los \$4,130, usted pasa a la siguiente etapa de pago (Etapa de brecha de cobertura).</p>	
	<b>Farmacia Minorista Estándar Suministro para 30 días</b>	<b>Farmacia de Compra por Correo Suministro para 90 días</b>
<b>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos</b>	Copago de \$1	Copago de \$2
<b>Nivel 2: Medicamentos Genéricos</b>	Copago de \$12	Copago de \$36
<b>Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos</b>	Copago de \$47	Copago de \$141
<b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>	Coseguro del 48%	Coseguro del 48%
<b>Nivel 5: Medicamentos Especializados</b>	Coseguro del 25%	No disponible

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

### Etapa 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).

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).

## Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

### 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](https://www.Medicare.gov) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-844-810-7965, TTY: 711



## Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios	Allwell Dual Medicare Harmony (HMO D-SNP) H2134: 003 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% o 20% por visita</li> <li>• Entorno grupal: coseguro del 0% o 20% por visita</li> </ul>
<b>Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)</b>	<p>Copago de \$0 (asignación de \$175 por trimestre) para artículos disponibles por pedido por correo.</p> <p>Se aplica un límite de 9 productos por artículo, por pedido, con la excepción de determinados productos que tienen más límites. Puede hacer un pedido por trimestre, y el dinero no utilizado no se traslada al trimestre siguiente.</p> <p>Consulte el sitio web del plan para acceder a la lista de productos de venta libre cubiertos.</p>
<b>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% 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 Harmony (HMO D-SNP) H2134: 003 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

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 (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Primas y Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al número gratuito de Medicaid al 1-888-997-2583 (TTY/TDD 1-855-227-5485).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es [www.hsd.state.nm.us](http://www.hsd.state.nm.us). 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 Nuevo México, visite [www.hsd.state.nm.us](http://www.hsd.state.nm.us) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para recibir ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Nuevo México en el Resumen de Servicios de Nuevo México en línea en [www.hsd.state.nm.us](http://www.hsd.state.nm.us).

### **Lista de servicios de Medicaid que se ofrecerán, según puedan modificarse mediante enmienda del contrato con Centennial Care:**

Servicios del centro de tratamiento residencial acreditado
Desarrollo de habilidades adaptativas (autismo)
Salud diurna para adultos
Servicios de rehabilitación psicológica para adultos
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio
Servicios de anestesia
Servicios de tratamiento comunitario asertivo
Vida asistida
Consulta para apoyo del comportamiento
Servicios de desarrollo de habilidades de manejo del comportamiento
Servicios de profesionales de salud del comportamiento; servicios de salud del comportamiento y tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
Coordinación de la atención
Administración de casos
Servicios comunitarios de transición
Trabajadores de salud comunitarios
Servicios integrales de apoyo comunitario

Servicios de tratamiento de día
Servicios Dentales
Servicios de diagnóstico por imágenes y radiología terapéutica
Servicios de diálisis
Suministros y equipo médico duradero
Respuestas ante emergencias
Servicios de emergencia (incluidas las visitas a la sala de emergencia y a la sala de emergencias psiquiátricas)
Asistencia para el empleo
Modificaciones del entorno
Tratamientos sin medicamentos, tecnología o procedimientos experimentales o de investigación <sup>1</sup>
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (por sus siglas en inglés, EPSDT)
Servicios de cuidado personal para EPSDT
Atención de enfermería privada para EPSDT
Servicios de rehabilitación para EPSDT
Planificación familiar
Apoyo familiar
Servicios de centros de salud federalmente calificados
Audífonos y evaluaciones relacionadas
Servicios de un ayudante para el cuidado de la salud en el hogar
Servicios de cuidado de la salud en el hogar
Trabajo doméstico
Servicios de cuidado de enfermos terminales
Servicios para pacientes internados en un hospital (incluidos servicios de desintoxicación)
Servicios para pacientes ambulatorios en un hospital
Servicios de Salud Indígena
Hospitalización en hospitales psiquiátricos independientes
Servicios intensivos del programa para pacientes ambulatorios
Centros de atención intermedia (por sus siglas en inglés, ICF)/retraso mental (por sus siglas en inglés, MR)
Servicios para pacientes ambulatorios con infusión IV
Servicios de laboratorio
Proveedores de servicios de Medical
Tratamiento asistido con medicamentos para dependencia de opiáceos
Servicios de partera
Servicios de terapia multisistémica
Hogares grupales y centros de tratamiento residencial no acreditados
Servicios en centros de atención de enfermería
Orientación para la nutrición

Servicios de nutrición
Servicios ocupacionales
Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios e internación parcial
Internación parcial y servicios para pacientes ambulatorios en hospital psiquiátrico independiente
Servicios de profesionales de atención de salud para pacientes ambulatorios
Servicios de cuidado personal
Servicios de salud física
Fisioterapia
Visitas al médico
Servicios de podiatría
Procedimientos de interrupción del embarazo
Servicios preventivos
Atención de enfermería privada para adultos
Dispositivos protésicos y ortóticos
Servicios de rehabilitación psicosocial
Centros de radiología
Servicios de recuperación
Servicios de opción de rehabilitación
Proveedores de servicios de rehabilitación
Productos relacionados
Servicios de salud reproductiva
Atención de Relevo
Servicios en clínicas de salud rural
Servicios basados en la escuela
Servicios de terapia de mantenimiento especializada
Servicios para dejar de fumar
Terapias especializadas
Terapia del habla y del lenguaje
Servicios hospitalarios con camas rotativas
Servicios de telesalud
Controles de salud para niños y adolescentes
Servicios de trasplante
Servicios de transporte (médicos)
Servicios de transporte (no médicos)
Cuidado temporal por tratamiento
Cuidado temporal por tratamiento II
Servicios de la Vista
Nota: <sup>1</sup> Los tratamientos, tecnologías o procedimientos experimentales o de investigación solo están disponibles para el alcance especificado en el Código Administrativo de Nuevo México (por sus siglas en inglés, NMAC) 8.325.6.9 o la reglamentación posterior.

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

Allwell Dual Medicare Harmony (HMO D-SNP)  
5300 Homestead Road NE  
Albuquerque, NM 87110

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

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-844-810-7965 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-866-445-1088 (TTY: 711)

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

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

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 1-844-810-7965 (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 1-844-810-7965 (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.

Tales servicios son financiados, en parte, con el estado de Nuevo México.