

Éste es su Resumen de Beneficios.

2019

Allwell Dual Medicare (HMO SNP) H5294: 002-004

Condados de Bexar, Guadalupe, Nueces y Wilson, TX

H5294_19_7969SB_002_004_SPN_M_Aceptado 09072018



Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos al número que se indica en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o bien, puede acceder a la EOC en nuestro sitio Web en allwell.superiorhealthplan.com.

Usted es elegible para inscribirse en Allwell Dual Medicare (HMO SNP) si:

- Tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben seguir pagando la prima de Medicare Parte B si ésta no es pagada de otro modo conforme a Medicaid o por otro tercero.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o está viviendo legalmente en los Estados Unidos y reside permanentemente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra dentro de los condados del área de servicio de Allwell Dual Medicare (HMO SNP)). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Bexar, Guadalupe, Nueces y Wilson.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Se pueden aplicar excepciones para las personas que presenten ESRD mientras estén inscritas en un plan de salud comercial o de grupo de Allwell, o en un plan de Medicaid).

Para Allwell Dual Medicare (HMO SNP), usted también debe estar inscrito en el plan de Medicaid de Texas. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad para Medicaid y/o el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Su prima de la Parte B es pagada por el Estado de Texas para las personas inscritas con doble elegibilidad de beneficios completos. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

El plan Allwell Dual Medicare (HMO SNP) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente especializados en su área. Tiene la posibilidad de seleccionar un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Para solicitar un directorio de proveedores actual o para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite allwell.superiorhealthplan.com. (Tenga en cuenta que excepto en los casos de atención de emergencia, atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera de la red y servicios de diálisis fuera del área, así como en los casos en que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores que no pertenecen al plan, ni Allwell Dual Medicare (HMO SNP) serán responsables de los costos).

Este plan Allwell Dual Medicare (HMO SNP) incluye también cobertura de la Parte D, que le brinda la tranquilidad de tener sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica coordinadas a través de una sola fuente conveniente.

Resumen de Beneficios

DEL 1 ENERO DE 2019 AL 31 de DICIEMBRE DE 2019

Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO SNP) H5294 – 002-004 Primas/Copagos/Coseguro
Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad para Medicaid y/o el nivel de Ayuda Adicional que reciba.	
Prima Mensual del Plan	\$0 (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B si ésta no es pagada de otro modo por Medicaid o por otro tercero.)
Deducible	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de deducible por servicios médicos cubiertos. • \$100 de deducible por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5)
Responsabilidad de Desembolso Máximo <i>(no incluye medicamentos que requieren receta médica)</i>	\$6,700 por año Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por servicios médicos durante el año.
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados*	\$0 de copago por cada estadía
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios*	Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios (incluye servicios de un centro quirúrgico ambulatorio y servicios de observación): \$0 de copago por consulta
Consultas al Médico*	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria: \$0 de copago por consulta • Especialista: \$0 de copago por consulta
Atención Preventiva* (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes para diabéticos)	\$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare. Se encuentran disponibles otros servicios preventivos.
Atención de Emergencia	\$0 de copago por consulta
Servicios Requeridos de Urgencia	\$0 de copago por consulta

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

Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO SNP) H5294 – 002-004 Primas/Copagos/Coseguro
Servicios de Diagnóstico/Pruebas de Laboratorio/Estudios de Imágenes*	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio: \$0 de copago • Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios: \$0 de copago • Servicios de Radiología de Diagnóstico: \$0 de copago
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): \$0 de copago • Examen auditivo de rutina: \$0 de copago (1 por año calendario) • Audífono: \$0 de copago (2 audífonos por año)
Servicios Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (cubiertos por Medicare): \$0 de copago por consulta • Servicios Dentales Preventivos: \$0 de copago (incluyendo exámenes bucales, limpiezas y rayos X) • Servicios dentales integrales: \$0 de copago (incluyendo servicios de diagnóstico y restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia y otro tipo de cirugía oral y maxilofacial) <p>Hay una asignación máxima de \$2,000 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): \$0 de copago por consulta • Examen de la vista de rutina: \$0 de copago por consulta (hasta 1 por año calendario) • Lentes y accesorios de rutina: asignación de hasta \$200 por cada año calendario
Servicios de Salud Mental*	Terapia individual y de grupo: \$0 de copago por consulta
Centro de Enfermería Especializada*	\$0 de copago por cada estadía
Fisioterapia*	\$0 de copago por consulta
Ambulancia*	\$0 de copago (por cada viaje de un trayecto)
Transporte*	<p>\$0 de copago por cada viaje de un trayecto</p> <p>Cantidad ilimitada de viajes de un trayecto a lugares aprobados por el plan (hasta 30 millas por viaje de un trayecto) cada año calendario</p>
Medicamentos de Medicare Parte B*	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: \$0 de copago • Otros medicamentos de la Parte B: \$0 de copago

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

Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D

Fase de Deducible	\$100 de deducible (El deducible no se aplica a los Niveles 1 y 6.)	
Fase de Cobertura Inicial <i>(después de que usted paga su deducible de la Parte D, si corresponde)</i>	Farmacias de Venta Minorista Estándares Suministro de medicamentos para 30 días	Farmacias de Compra por Correo Suministro de medicamentos para 90 días
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos	\$1 de copago	\$3 de copago
Nivel 2: Medicamentos Genéricos	\$19 de copago	\$57 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5: Medicamentos Especializados	31% de coseguro	No se encuentra disponible
Nivel 6: Medicamentos de Select Care	\$0 de copago	\$0 de copago
Información Importante:	<p>Los costos compartidos pueden cambiar según el nivel de ayuda que reciba, la farmacia que elija (como Farmacia de Venta Minorista Estándar, de Compra por Correo, de Atención a Largo Plazo o de Infusión en el Hogar) y cuando ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D.</p> <p>Para obtener más información sobre los costos de las Farmacias de Suministro a Largo Plazo o de Infusión en el Hogar, o bien, sobre los costos compartidos adicionales específicos de la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a 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 averiguar si califica, visite Medicare.gov o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-877-935-8023 (TTY: 711).</p>	

Beneficios Cubiertos Adicionales	
Beneficios	Allwell Dual Medicare (HMO SNP) H5294 – 002-004 Primas/Copagos/Coseguro
Artículos de Venta Libre (por sus siglas en inglés, OTC)	\$0 de copago (asignación de \$250 por trimestre para artículos disponibles a través de la compra por correo) Viste el sitio Web del plan para ver la lista de artículos de venta libre cubiertos.
Cuidado Quiropráctico*	Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare): \$0 de copago por consulta
Equipos/Suministros Médicos*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Médico Duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno): \$0 de copago • Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales): \$0 de copago • Suministros para diabéticos: \$0 de copago
Cuidado de los Pies* (Servicios de Podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies (cubiertos por Medicare): \$0 de copago por consulta
Consulta Virtual	Teladoc ofrece acceso mediante una consulta virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, a médicos certificados por la junta, que ayudan a abordar una gran variedad de inquietudes/preguntas de salud.
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: \$0 de copago • Línea de consulta con enfermeras atendida las 24 horas: \$0 de copago • Beneficios suplementarios para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco): \$0 de copago <p>Para ver una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar ofrecidos, consulte la EOC.</p>

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

Beneficios Cubiertos del Programa Medicaid de Texas para Beneficiarios con Doble Elegibilidad (Medicare y Medicaid)

Los beneficios que se describen a continuación están disponibles mediante el pago por servicio a través de Medicaid de Texas para los beneficiarios con doble elegibilidad que cumplen con los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicaid. Los beneficios descritos en la sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos del Resumen de Beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio enumerado a continuación, usted puede ver lo que cubre Medicaid de Texas y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La información sobre Medicaid incluida en esta sección se actualizó el 1 de agosto de 2018. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambio en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Texas, visite el sitio Web de Medicaid de Texas en <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip> o llame a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-252-8263.

Medicaid de Texas cubre los siguientes beneficios si el Afiliado cumple con todos los requisitos aplicables.

Categoría del Beneficio	Medicaid de Texas
Servicios de Ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Dispositivos de Asistencia para la Comunicación (también conocidos como Sistema de Dispositivos de Comunicación Aumentativa o ACD)	Para los Afiliados que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Medición de la Masa Ósea (para personas que se encuentran en riesgo)	Las pruebas de densidad ósea son un beneficio de Medicaid de Texas. Para los Afiliados que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Rehabilitación Cardíaca	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría del Beneficio	Medicaid de Texas
Servicios Quiroprácticos	<p>El tratamiento de manipulación quiropráctica (por sus siglas en inglés, CMT) realizado por un quiropráctico con licencia de la Junta de Examinadores Quiroprácticos del Estado de Texas es un beneficio de Medicaid de Texas.</p> <p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Exámenes de Detección de Cáncer Colorrectal (para personas de 50 años y mayores)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Servicios Dentales (para personas de 20 años o menores; o personas de 21 años o mayores en un ICF-MR)	<p>Para los Afiliados que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Suministros para Diabéticos (incluye cobertura de tiras reactivas de control, lancetas y pruebas de detección)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Pruebas, Rayos X, Servicios de Laboratorio y Servicios de Radiología de Diagnóstico	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Elección de Médicos y Hospitales	<p>Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare en relación con la elección de médicos y hospitales.</p>
Visitas al Consultorio del Médico	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Equipo Médico Duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>

Categoría del Beneficio	Medicaid de Texas
Atención de Emergencia (Cualquier consulta en sala de emergencias si el afiliado razonablemente considera que necesita atención de emergencia.)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Educación sobre Salud/Bienestar (orientación nutricional para niños, programas para dejar de fumar orientados a embarazadas y examen anual para adultos)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de Audición	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Cuidado de la Salud en el Hogar (incluye atención intermitente de enfermería especializada, servicios de ayuda para la salud en el hogar, servicios de atención de enfermería privada y servicios de cuidado personal médicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.
Centro de cuidado de enfermos terminales	Medicaid paga este servicio para ciertos Afiliados elegibles para Exención si el servicio no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidado de enfermos terminales, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.

Categoría del Beneficio	Medicaid de Texas
Vacunas	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Atención Hospitalaria para Pacientes Internados	<p>Las hospitalizaciones para pacientes internados son un beneficio cubierto. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles por servicios cubiertos por Medicare. Los afiliados deben seguir la pautas de Medicare en relación con su elección de hospitales.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	<p>Las hospitalizaciones psiquiátricas para pacientes internados son un beneficio cubierto para niños. Las hospitalizaciones para pacientes internados para el tratamiento psiquiátrico de casos agudos son un beneficio cubierto para adultos. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles por servicios cubiertos por Medicare. Los afiliados deben seguir la pautas de Medicare en relación con su elección de hospitales.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Mamografías (Examen de Detección Anual)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Prima Mensual	<p>La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Aparatos Ortóticos y Prótesis (incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	<p>Para los Afiliados desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Medicaid paga las prótesis de senos para las Afiliadas de todas las edades si el servicio no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>

Categoría del Beneficio	Medicaid de Texas
Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	<p>Para los Afiliados desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Servicios/Cirugía para Pacientes Ambulatorios	<p>Medicaid paga determinados servicios quirúrgicos si el servicio no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Trastorno por Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios (evaluación, desintoxicación/tratamiento ambulatorio y MAT)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Exámenes de Papanicolaou y Pélvicos (para mujeres)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Servicios de Podiatría	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Medicamentos que Requieren Receta Médica	<p>\$0 de copago por medicamentos que requieren receta médica cubiertos por Medicaid no cubiertos por Medicare Parte D.</p> <p>Nota: Medicaid no cubrirá ningún medicamento de Medicare Parte D.</p>

Categoría del Beneficio	Medicaid de Texas
Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Centro de Enfermería Especializada (por sus siglas en inglés, SNF) (en un Centro de Enfermería Especializada certificado por Medicare)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Servicios de Telemedicina	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Transporte (de rutina)	<p>El Programa de Transporte Médico (por sus siglas en inglés, MTP) de Medicaid proporciona transporte que no es de emergencia, si éste no está cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Atención Requerida de Urgencia (esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera del área de servicio)	<p>Medicaid paga determinados servicios quirúrgicos si el servicio no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p>
Servicios de la Vista	<p>Medicaid paga determinados servicios quirúrgicos si el servicio no está cubierto por Medicare o cuando se haya agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p>Nota: Los servicios brindados por un óptico se limitan al ajuste y despacho de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.</p>

Servicios de Exención en el Hogar y Comunitarios

Las personas que cumplen con los requisitos de **Beneficiario de Medicare Calificado** (por sus siglas en inglés, QMB) y también cumplen con los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid no cubiertos por Medicare, incluyendo los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención se limitan a las personas que cumplen con los criterios adicionales de elegibilidad para la exención de Medicaid.

Exención de Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida en la Comunidad (por sus siglas en inglés, CLASS)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (por sus siglas en inglés, DADS).
Exención del Programa para Personas Sordas, Ciegas y con Múltiples Discapacidades (por sus siglas en inglés, DB-MD)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS).
Exención de Servicios en el Hogar y Comunitarios (por sus siglas en inglés, HCS)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS).
Programa para Niños Médicamente Dependientes (por sus siglas en inglés, MDCP)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS).
Programa STAR+PLUS (funciona conforme a la Exención del Programa de Mejora de la Calidad y Transformación del Cuidado de la Salud de Texas)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS).
Exención del Programa para la Vida en el Hogar de Texas (por sus siglas en inglés, TxHmL)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS).



Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Allwell complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Allwell:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Allwell’s Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Allwell has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Allwell’s Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number and Plan Type
Arizona	1-800-977-7522/1-877-935-8020 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)
Arkansas	1-855-565-9518 (HMO) (TTY: 711)
Florida	1-844-293-2636 (HMO); 1-877-935-8022 (HMO SNP) (TTY: 711)
Georgia	1-844-890-2326 (HMO); 1-877-725-7748 (HMO SNP) (TTY: 711)
Illinois	1-855-766-1736 (HMO) (TTY: 711)
Indiana	1-855-766-1541 (HMO and PPO); 1-833-202-4704 (HMO SNP) (TTY: 711)
Kansas	1-855-565-9519 (HMO); 1-833-402-6707 (HMO SNP) (TTY: 711)
Louisiana	1-855-766-1572 (HMO) (TTY: 711)
Mississippi	1-844-786-7711 (HMO); 1-833-260-4124 (HMO SNP) (TTY: 711)
Missouri	1-855-766-1452 (HMO); 1-833-298-3361 (HMO SNP) (TTY: 711)
New Mexico	1-844-810-7965 (HMO SNP) (TTY: 711)
Ohio	1-855-766-1851 (HMO); 1-866-389-7690 (HMO SNP) (TTY: 711)
Pennsylvania	1-855-766-1456 (HMO); 1-866-330-9368 (HMO SNP) (TTY: 711)
South Carolina	1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)
Texas	1-844-796-6811 (HMO); 1-877-935-8023 (HMO SNP) (TTY: 711)
Wisconsin	1-877-935-8024 (HMO SNP) (TTY: 711)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number listed for your state in the Member Services Telephone Number Chart.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que se enumera para su estado en la Ficha de Números de Teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado.

VIETNAMESE: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số điện thoại phục vụ hội viên dành cho tiểu bang của quý vị trong Bảng số điện thoại dịch vụ hội viên.

CHINESE: 請注意: 如果您使用中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請撥會員服務部電話號碼表所列的您所在州的會員服務部號碼。

FRENCH CREOLE (HAITIAN CREOLE): ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, ou ka resevwa sèvis gratis ki la pou ede w nan lang pa w. Rele nimewo sèvis manm pou eta kote w rete a. W ap jwenn li nan tablo nimewo telefòn sèvis manm yo.

ARABIC:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل برقم خدمات الأعضاء المُدرج في لائحة رقم هاتف خدمات الأعضاء الخاص بالولاية المقيم فيها.

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, un service d'aide linguistique vous est proposé gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone du Service aux membres spécifique à votre État qui se trouve dans le tableau de numéros de téléphone du Service aux membres.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите на русском языке, мы можем предложить Вам бесплатные услуги переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников по указанному для Вашего штата номеру в телефонном справочнике Отдела обслуживания участников

GERMAN: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie bitte die für Ihren Bundesstaat zuständige Rufnummer des Mitgliederkundendienstes an, die im Telefonverzeichnis des Mitgliederkundendienstes angegeben ist.

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha ka na mga libheng serbisyong pantulong sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo ng Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa Tsart ng Numero ng mga Serbisyo ng Miyembro.

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se falar português, estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística. Ligue para o número dos Serviços aos Membros indicado para o seu estado na Tabela de números de telefone destes serviços.

PENNSYLVANIAN DUTCH: Geb Acht: Wann du Deitsch schwetze kantscht, un Hilf in dei eegni Schprooch brauchst, kantscht du es Koschdefrei griege. Ruf die Glieder Nummer von dei Staat, ass iss uff die Lischd an die Glieder Hilf Telefon Nummer Kaart.

GUJARATI: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો, ભાષા સહાય સેવાઓ, નિશ્ચિલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સભ્ય સેવા ટેલિફોન નંબર ચાર્ટમાં તમારા રાજ્ય માટે સૂચબિદ્ધ સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો.

JAPANESE: 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。メンバーサービス電話番号チャートに記載されているお住まいの州のメンバーサービスまでお電話ください。

ITALIAN: ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Consulti la Tabella dei Numeri Telefonici dei Servizi per i Membri e chiami il numero dei Servizi per i Membri del Suo stato.

MARSHALLESE: LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jermal in jipañ ilo kajin eo am ilo ejjelōk wōñāān ñan kwe. Kaļļōk nōm̄ba in telpon in Jermal in Jipañ ñan ro Uwaan eo ej jeje ñan state eo am ilo Jaat in Nōm̄ba in Telpon in Jermal in Jipañ ñan ro Uwaan.

LAOTIAN: ເອກີໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄວຄ໌ອຍຖ້າບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງບໍລິການທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາໃຫ້ທາງເລກໝາຍບໍລິການສະມາຊິກທົ່ວໄປໃນວັດຂອງທ່ານໃນເວັບເມນູເລກໝາຍໂທລະສັບບໍລິການສະມາຊິກ.

HMONG: CEEV FAJ: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau tus xov tooj ntawm Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm koj lub xeev ntawm Tus Xov Tooj Ntawm Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab Hauv Daim Ntawv No.

KOREAN: 알림 사항: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스 전화번호 표에 있는 귀하의 주 가입자 서비스 안내번호로 전화하십시오.

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिन्दी भाषी हैं, तो आपके लिए, भाषा सहायता सेवाएं, मुफ्त में, उपलब्ध हैं। सदस्य सेवा टेलीफोन नंबर चार्ट में अपने राज्य के लिए सूचीबद्ध सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें।

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer działu obsługi klienta odpowiedni dla twojego stanu, dostępny w Wypisie numerów telefonu działu obsługi klienta.

THAI: โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โทรไปยังหมายเลขบริการสมาชิกที่ระบุไว้ในรัฐของคุณในแผนภูมิหมายเลขโทรศัพท์สำหรับบริการสมาชิก

AMHARIC: ማሳሰቢያ: አማርኛ የሚያውቁ ከሆን፣ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ያለክፍያ አለገልግሎት። በ አባላት አገልግሎት የስልክ ቻርት ላይ ባለው በአባላት አገልግሎት ቁጥር ይደውሉ።

PERSIAN:

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره تلفن خدمات اعضا برای ایالت خود که در جدول شماره تلفن های خدمات اعضا ذکر شده تماس بگیرید.

BURMESE: သတိပဋိပက္ခ: ဗမာစကားပြောလျှင်၊ သင့်အတွက် ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုများ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်ဇယားထဲ၌ သင့်ပြည်နယ်အတွက် စာရင်းသွင်းထားသည့် အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုများနံပါတ်ကို ဖုန်းခေါ်ပါ။

DUTCH: GRAAG UW AANDACHT: Indien u Nederlands spreekt, zijn taaldiensten gratis voor u beschikbaar. Gelieve de Ledendienstenummer vermeld voor uw staat in de Ledendiensten Telefoonnummer Tabel op te bellen.

PUNJABI: ਧਿਆਨ ਦੇਵੋ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਨਿ ਕਸਿ ਮੁੱਲ ਦੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਚਾਰਟ ਵੱਚਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਟੇਟ ਦੇ ਲਈ ਦੱਤਿ ਗਏ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

SWAHILI: TAHADHARI: Kama unazungumza Kiswahili, huduma ya msaada wa lugha, bure, zinapatikana kwa ajili yako. Piga Nambari ya Huduma ya Mwanachama iliyoorodheshwa ya jimbo lako kwenye hiyo Chati ya Nambari za Simu za Huduma ya Mwanachama.

Para obtener más información, comuníquese con:

Allwell Dual Medicare (HMO SNP)
Forum II Building
7990 IH 10 West, Suite 300
San Antonio, TX 78230

allwell.superiorhealthplan.com

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-877-935-8023 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-877-826-5520 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, se utiliza un sistema de mensajería.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su actual manual “Medicare y Usted”. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 tiene tanto la Ayuda Médica del Estado como Medicare.

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Sin embargo, para los beneficiarios con doble elegibilidad de beneficios completos, el Estado cubrirá su prima de la Parte B siempre que usted conserve su elegibilidad para Medicaid.

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-935-8023 (TTY: 711) para obtener más información.

“Coseguro” es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos.

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

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

Allwell tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO, HMO SNP y PPO, y con los programas Medicaid de algunos estados. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.