

# Esquema de beneficios

Massachusetts



Standard High Silver:

WellSense Clarity Silver 2000 II

Plan de salud calificado

## Red de proveedores: red Clarity

Este Esquema de beneficios proporciona un resumen de sus beneficios y los *costos compartidos* del *miembro*. También le indica el nombre de su *red de proveedores* (consulte más arriba). Asegúrese de leer la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* del *WellSense Health Plan* para obtener una descripción completa de sus beneficios, incluidas las *exclusiones*, y otras disposiciones del *plan*. Todos los *servicios cubiertos* deben ser *médicamente necesarios* y algunos requieren autorización previa. Siempre verifique con su *proveedor* para averiguar si se ha obtenido la autorización previa necesaria. Si alguna de las condiciones en este resumen difiere de las de su EOC, corresponden los términos de su EOC. Las palabras en cursiva de este esquema de beneficios se definen en su EOC. Para obtener más información acerca de sus beneficios y para encontrar *proveedores de la red*, diríjase a [wellsense.org](http://wellsense.org) o llame a Servicios al Miembro al 855-833-8120.

WSMA\_SLVRAII\_ver.2

<i>Deducible (por año de beneficios)</i>	<b>Monto</b>
<b>Por cada miembro individual</b>	\$2,000 (servicio médico y recetas médicas)
	\$50 (odontología pediátrica:**** únicamente servicios Tipo II y Tipo III)
<b>Por familia</b>	\$4,000 (servicio médico y recetas médicas)
<i>Máximo de desembolso directo (por año de beneficios)</i>	<b>Monto</b>
<b>Por cada miembro individual</b>	\$9,200 (incluye servicios médicos, odontología pediátrica**** y receta médica)
	\$350 (odontología pediátrica****, si corresponde, cuenta para el OOPM individual y familiar)
<b>Por familia</b>	\$18,400 (incluye servicios médicos, odontología pediátrica**** y receta médica)

<b>Servicios cubiertos</b> Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.		<b>Descripción</b>	<b>Su costo (costo compartido)</b>
<b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>	Atención hospitalaria intensiva para <i>pacientes hospitalizados</i> para servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad.  <u>Nota:</u> Para más información sobre las prestaciones para recién nacidos, consulte la Cobertura del recién nacido.	\$1,000 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>	
	Atención prolongada en hospital de enfermedades crónicas.	\$1,000 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>	
	Atención prolongada en un hospital de rehabilitación.  <u>Límite del beneficio:</u> limitado a 60 días calendario por <i>año de beneficios</i> .	\$1,000 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>	
	Atención prolongada en un <i>centro</i> de enfermería especializada.  <u>Límite del beneficio:</u> limitado a 100 días calendario por <i>año de beneficios</i> .	\$1,000 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>	
	Admisión como <i>paciente hospitalizado</i> en un hospital general o de salud mental, o en un <i>centro</i> para tratamiento agudo de salud mental y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.*	\$1,000 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>	
	Servicios prestados por médicos, cirujanos y otros servicios de <i>proveedores</i> profesionales cubiertos durante la atención hospitalaria para <i>pacientes hospitalizados</i> .	\$0 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>	
<b>Aborto y servicios relacionados con el aborto</b>	<i>Cirugía ambulatoria</i> , incluidos los servicios prestados por médicos, cirujanos y otros <i>proveedores</i> profesionales cubiertos durante la <i>cirugía ambulatoria</i> .	\$0 de <i>copago</i> por visita	
<b>Servicios para alergias</b>	Pruebas y tratamiento.	\$60 de <i>copago</i> por visita	
	Pruebas de laboratorio.	Consulte las pruebas de laboratorio a continuación.	
	Inyecciones contra alergias.	\$10 de <i>copago</i> por inyección	
<b>Ambulancia</b>	Ambulancia cubierta.	\$0 de <i>copago</i> por transporte después del <i>deducible</i>	

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

<b>Servicios para trastornos del espectro autista*</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de habilitación</li><li>• Pruebas de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico</li><li>• Visitas al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i>.</li><li>• Rehabilitación <i>ambulatoria</i> (terapia física, ocupacional, del habla y consultas de trabajo social), según sea <i>médicamente necesario</i></li></ul>	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Servicios para <i>pacientes ambulatorios</i> .	\$60 de <i>copago</i> por visita
<b>Quimioterapia y radioterapia</b>	Servicios para <i>pacientes ambulatorios</i> .	\$0 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Atención de quiropráctico</b>	Visitas al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i> , incluidos los servicios de tratamiento médico de apoyo y manipulación de la columna vertebral.	\$60 de <i>copago</i> por visita
	Pruebas de laboratorio y radiografías para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte a continuación Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> .
<b>Servicios de diálisis</b>	Servicios para <i>pacientes ambulatorios</i> .	\$0 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Equipo médico duradero, prótesis, órtesis, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteínas**</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bombas sacaleche y suministros relacionados</li></ul>	0 % de <i>coseguro</i>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipo médico duradero</li><li>• Alimentos bajos en proteínas</li><li>• Fórmulas médicas</li><li>• Suministros médicos</li><li>• Órtesis</li><li>• Suministros para ostomía</li><li>• Oxígeno y equipo respiratorio</li><li>• Prótesis</li></ul>	20 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pelucas (prótesis capilar)</li></ul>	0 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Servicios de intervención temprana</b>	Para un <i>miembro</i> niño elegible hasta los 2 años.	\$0 de <i>copago</i> por visita
<b>Servicios de emergencia</b>	Visitas a la sala de emergencias.  <u>Nota:</u> Si lo ingresan como <i>paciente hospitalizado</i> inmediatamente después de la prestación de <i>servicios de emergencia</i> en un hospital no perteneciente a la red, usted o alguien que actúe en su nombre debe llamar al <i>plan</i> en un plazo de 2 días hábiles.	\$350 de <i>copago</i> por visita después del deducible;  Exención del <i>copago</i> si está en observación o ingresado.

<b>Servicios cubiertos</b> Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.	<b>Descripción</b>	<b>Su costo (costo compartido)</b>
	Servicios prestados por médicos, cirujanos y otros servicios de <i>proveedores</i> profesionales cubiertos durante la atención en la sala de emergencias.	\$0 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Programas de Servicios de Emergencia</b>	Incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios psiquiátricos de emergencia basados en la comunidad</li> <li>• Servicios de evaluación, intervención y estabilización de crisis de salud del comportamiento las 24 horas, los 7 días de la semana, mediante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- servicios móviles de intervención en crisis para jóvenes;</li> <li>- servicios móviles de intervención en crisis para adultos;</li> <li>- ubicaciones comunitarias de <i>proveedores de servicios de emergencia</i>; y</li> <li>- servicios comunitarios de estabilización de crisis para adultos.</li> </ul> </li> </ul>	El <i>costo compartido</i> está sujeto a la ubicación de los servicios.
<b>Servicios y dispositivos de habilitación</b>	Terapia física y ocupacional de corto plazo para <i>pacientes ambulatorios</i> , así como dispositivos de habilitación <i>médicamente necesarios</i> .  <u>Límite del beneficio:</u> limitado a 60 visitas combinadas por <i>año de beneficio</i> . El <i>límite del beneficio</i> no se aplica a estos servicios cuando se proporcionan a <i>miembros</i> con trastornos del espectro autista o cuando se reciben servicios de intervención temprana o atención médica en el hogar.	\$60 de <i>copago</i> por visita
<b>Audífono para niños (Menores de 21 años)</b>	Dispositivo de corrección auditiva.  <u>Límite del beneficio:</u> cobertura para un audífono de hasta dos mil dólares (\$2,000) cada 36 meses por oído con deficiencias auditivas.	20 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
	Exámenes y evaluaciones del audífono.	\$60 de <i>copago</i> por visita
	Servicios e insumos relacionados con el audífono.  <u>Exclusiones:</u> las baterías y líquidos de limpieza para aparatos de corrección auditiva no están cubiertos.	20 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Exámenes de audición</b>	Exámenes y evaluaciones del <i>proveedor de atención médica (PCP)</i> .	\$25 de <i>copago</i> por visita
	Exámenes y evaluaciones del especialista.	\$60 de <i>copago</i> por visita

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

	Descripción	Su costo (costo compartido)
<b>Atención médica en el hogar</b>	Programa de atención en el hogar, que incluye la terapia de infusión en el hogar.	\$5 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Servicios de cuidados paliativos</b>	Servicios de cuidados paliativos para una enfermedad terminal.	\$0 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Atención hospitalaria en el hogar</b>	Atención hospitalaria intensiva en el hogar. Servicios intensivos para <i>pacientes hospitalizados</i> prestados en el hogar del <i>miembro</i> por un <i>proveedor de la red</i> autorizado por los CMS para realizar estos servicios.  <i>Límite del beneficio:</i> limitado a 90 días calendario por periodo de beneficio. Se requiere autorización previa y <i>revisión simultánea</i> .	\$5 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Servicios de infertilidad</b>	<i>Cirugía ambulatoria</i> y para <i>pacientes hospitalizados</i> ; laboratorio y radiografías; visitas para <i>pacientes ambulatorios</i> ; y medicamentos con receta.	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> (servicios de diagnóstico que <i>no son de rutina</i>)</b>	Pruebas de laboratorio de diagnóstico, incluye pruebas de antígenos leucocitarios humanos (HLA).	\$25 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
	Radiografías y otras pruebas por imágenes (como pruebas de fluoroscopia).	\$50 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
	Diagnóstico por imágenes avanzado: exámenes CT/CTA, MRI/MRA; examen PET y NCI/NPI (diagnóstico cardíaco nuclear por imágenes).	\$350 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Tratamiento del síndrome de lipodistrofia</b>	Tratamiento médico o farmacológico, incluida la cirugía reconstructiva (por ejemplo, lipectomía por succión asistida).	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
	Otros procedimientos de restauración, incluidas las inyecciones dérmicas o de relleno.	
<b>Terapia antibiótica de largo plazo para la enfermedad de Lyme</b>	Visita al consultorio del <i>proveedor de atención primaria (PCP)</i> .	\$25 de <i>copago</i> por visita
	Visita al consultorio de un especialista.	\$60 de <i>copago</i> por visita
<b>Servicios de maternidad</b>	Visitas prenatales <i>de rutina</i> al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i> , incluida una visita posparto.	\$0 de <i>copago</i> por visita
	Visitas prenatales y posparto que <i>no son de rutina</i> al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Fórmulas médicas</b>	Fórmulas enterales con y sin receta médica.	Consulte Equipo médico duradero.

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

### Descripción

### Su costo (costo compartido)

	Descripción	Su costo (costo compartido)
<b>Suministros médicos</b>	Incluye, entre otros: suministros de ostomía, traqueostomía y oxígeno; y suministros para bombas de insulina.	Consulte Equipo médico duradero.
<b>Servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias<sup>+</sup></b>	Admisión como <i>paciente hospitalizado</i> en un hospital general o de salud mental, o <i>centro</i> para tratar el abuso de sustancias.  <u>Nota:</u> No se requiere autorización previa, pero el <i>centro</i> debe notificar al <i>plan</i> dentro de las 72 horas posteriores a la admisión.	\$1,000 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> ;  \$0 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> para médico y otro <i>proveedor</i> profesional cubierto durante la admisión como <i>paciente hospitalizado</i> .
	Servicios intermedios no hospitalarios que prestan servicios más intensivos que los <i>ambulatorios</i> y menos intensivos que los <i>hospitalarios</i> , como el <i>tratamiento agudo basado en la comunidad (CBAT)</i> y el <i>tratamiento agudo intensivo basado en la comunidad (ICBAT)</i> .  <u>Nota:</u> No se requiere autorización previa, pero el <i>centro</i> debe notificar al <i>plan</i> dentro de las 72 horas posteriores a la admisión.	\$0 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
	Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) y servicios asociados para la dependencia de opioides.	\$25 de <i>copago</i> por visita
	Visitas al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i> .	\$25 de <i>copago</i> por visita
	Un examen anual de salud mental proporcionado por un profesional autorizado de salud mental o un <i>proveedor de atención primaria</i> . Es posible que lo proporcione el <i>proveedor de atención primaria</i> durante una consulta anual preventiva.	\$0 de <i>copago</i> por visita
<b>Orientación nutricional</b>	Visitas <i>ambulatorias</i> con un nutricionista registrado.	\$0 de <i>copago</i> por visita
<b>Servicios de observación</b>	Si es admitido en estado de observación desde la sala de emergencias, se exime el <i>copago</i> de la sala de emergencias.	\$350 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>
<b>Visitas al consultorio para atención médica de <i>pacientes ambulatorios</i> (para evaluar, controlar o tratar una enfermedad o lesión)</b>	Visita al consultorio del <i>proveedor de atención primaria (PCP)</i> .	\$25 de <i>copago</i> por visita
	Visita al consultorio de un especialista.	\$60 de <i>copago</i> por visita

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

<b>Cirugía ambulatoria</b>	Cirugía ambulatoria en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidas colonoscopías y endoscopias de diagnóstico.	\$500 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
	Servicios prestados por médicos, cirujanos y otros servicios de <i>proveedores</i> profesionales cubiertos durante una <i>cirugía ambulatoria</i> .	\$0 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Odontología pediátrica**** (Menores de 18 años)</b>	<p>Servicios Tipo I: prevención y diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Radiografías de mordida: dos por ubicación del odontólogo cada 12 meses</li><li>• Evaluación integral: una vez por odontólogo y por ubicación</li><li>• Tratamientos con flúor: una vez cada 3 meses</li><li>• Radiografía de la boca completa: una vez por ubicación del odontólogo cada 36 meses</li><li>• Evaluación oral limitada: dos por año calendario por <i>miembro</i></li><li>• Evaluación oral para menores de 3 años de edad</li><li>• Radiografía panorámica: una vez por ubicación del odontólogo cada 36 meses</li><li>• Exámenes orales periódicos: dos veces por ubicación del odontólogo cada 12 meses</li><li>• Selladores: una vez por diente por ubicación del odontólogo cada 26 meses</li><li>• Radiografía de un solo diente: cuando sea necesario</li><li>• Retenedores de espacio</li><li>• Limpieza dental: dos veces cada 12 meses</li></ul>	0 % de <i>coseguro</i>

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

	<p>Servicios Tipo II: servicios básicos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reparación de amalgama: una vez por diente por superficie cada 12 meses</li><li>• Anestesia: permitido con procedimientos quirúrgicos cubiertos</li><li>• Apicectomía</li><li>• Restauraciones de resinas compuestas: una vez por diente por superficie cada 12 meses</li><li>• Cuidados paliativos</li><li>• Raspado y alisado radicular: una vez por cuadrante cada 24 meses</li><li>• Coronas de acero inoxidable prefabricadas: una vez por diente</li><li>• Rebase de prótesis dentales: una vez cada 24 meses</li><li>• Recementación de coronas y recubrimientos</li><li>• Endodoncia en dientes permanentes: una vez por diente</li><li>• Extracciones simples</li><li>• Extracciones quirúrgicas</li><li>• Pulpotomía vital: limitada a los dientes deciduos</li></ul>	25 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible para odontología pediátrica</i>
	<p>Servicios Tipo III: servicios restaurativos importantes</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Corona, resina: una vez por diente dentro de los 60 meses</li><li>• Dentaduras parciales y completas: una vez dentro de los 60 meses</li><li>• Coronas de porcelana/cerámica: una vez en un plazo de 60 meses</li><li>• Coronas de porcelana fundida sobre metal/noble/muy resistente: una vez por diente dentro de los 60 meses</li></ul>	50 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible para odontología pediátrica</i>
<b>Odontología pediátrica**** (Menores de 18 años) (Continuación)</b>	<p>Servicios Tipo IV: ortodoncia: una vez en la vida</p> <p><u>Límite del beneficio:</u> se cubre únicamente cuando se considera médicamente necesaria. El <i>miembro</i> debe tener una maloclusión discapacitante según lo definido por el puntaje del Índice HLD de 22 y/o uno o más calificadores automáticos. Requiere autorización previa.</p>	50 % de <i>coseguro</i>
<b>Oftalmología pediátrica (Menores de 18 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lentes de contacto: cubiertos una vez por año calendario, en lugar de las gafas.</li><li>• Monturas tradicionales*: cubiertas una vez por año calendario.</li><li>• Gafas tradicionales*: un par por año calendario.</li></ul>	20 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i>
<b>Servicios de podología</b>	Cuidado <i>no rutinario</i> de los pies: como tratamiento para el dedo en martillo y osteoartritis.	\$60 de <i>copago</i> por visita

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

### Descripción

### Su costo (costo compartido)

	Pruebas de laboratorio y radiografías para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte más arriba Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> .
	Cuidado <i>de rutina</i> de los pies para <i>miembros</i> con diabetes: como recorte de callosidades, uñas u otro cuidado higiénico.	\$0 de <i>copago</i> por visita
<b>Medicamentos recetados</b> <b>De una farmacia minorista de la red: (suministro de hasta 30 días)</b>	Genérico: Nivel 1	\$30 de <i>copago</i> por receta
	Marca preferida: Nivel 2	\$55 de <i>copago</i> por receta
	Marca no preferida: Nivel 3	\$75 de <i>copago</i> por receta después del <i>deducible</i>
	Especialidad: Nivel 4	\$75 de <i>copago</i> por receta después del <i>deducible</i>
<b>Medicamentos recetados</b> <b>De una farmacia de servicios por correo: (suministro para hasta 90 días)</b>	Genérico: Nivel 1	\$60 de <i>copago</i> por receta
	Marca preferida: Nivel 2	\$110 de <i>copago</i> por receta
	Marca no preferida: Nivel 3	\$225 de <i>copago</i> por receta después del <i>deducible</i>
	Especialidad: Nivel 4	\$225 de <i>copago</i> por receta después del <i>deducible</i>

Nota: Usted no abona: (1) anticonceptivos orales y otras formas de anticonceptivos con receta médica; (2) determinados medicamentos orales contra el cáncer; (3) estatinas; (4) artículos de tratamiento para dejar de fumar; (5) aspirina; ni (6) profilaxis preexposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva.

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

### Servicios médicos preventivos

El *plan* cubre ciertos *servicios médicos preventivos*, definidos como servicios para prevenir cualquier enfermedad o lesión en lugar de diagnosticar o tratar una queja o síntoma, sin *costo compartido*, de acuerdo con los lineamientos de las políticas médicas del *plan* y la Ley de Atención Médica Asequible (ACA). Si desea obtener más información acerca de cuáles servicios preventivos están incluidos, consulte la sección *Servicios médicos preventivos* de su EOC y visite el sitio web del *plan* en [wellsense.org](https://www.wellsense.org) o el sitio web del gobierno federal en <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

*Servicios médicos preventivos* para niños:

- Examen anual: 6 años o mayor
- Exámenes físicos en intervalos específicos: desde el nacimiento hasta los 6 años
- Pruebas y exámenes preventivos de audición: incluye pruebas de audición del recién nacido
- Inmunizaciones preventivas
- Pruebas preventivas
- Exámenes de la vista preventivos: un examen por *miembro* cada 12 meses hasta los 19 años

*Servicios médicos preventivos* para adultos:

- Examen físico anual
- Exámenes y pruebas de audición preventivas
- Inmunizaciones preventivas
- Pruebas y procedimientos de evaluación preventivos: incluye colonoscopías de detección
- Exámenes de la vista preventivos: un examen por *miembro* cada 24 meses

*Servicios médicos preventivos* para mujeres, incluyendo mujeres embarazadas:

- Exámenes ginecológicos anuales, incluido Papanicolaou de detección: un examen cada tres años calendario
- Bombas sacaleche y suministros relacionados
- Planificación familiar
- Cuidado prenatal *de rutina*, incluida una visita posparto
- Mamografías de detección
- Procedimientos de esterilización voluntaria

\$0 de *copago* por visita

### Dispositivos prostéticos

Se incluyen, entre otros, pelucas (prótesis capilar) para la pérdida de cabello debido al tratamiento de cáncer o leucemia.

Consulte Equipo médico duradero.

### Terapias de rehabilitación

Terapia *ambulatoria* física y ocupacional a corto plazo.

Límite del beneficio: limitado a 60 visitas combinadas por *año de beneficios*. El *límite del beneficio* no se aplica a estos servicios cuando se proporcionan a *miembros* con trastornos del espectro autista o cuando se reciben servicios de intervención temprana o atención médica en el hogar.

\$60 de *copago* por visita

Terapia auditiva y pulmonar.

\$60 de *copago* por visita

<b>Servicios cubiertos</b> Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.		<b>Descripción</b>	<b>Su costo (costo compartido)</b>
<b>Segundas opiniones</b>		Segundas y terceras opiniones para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte Visitas al consultorio para atención médica de <i>pacientes ambulatorios</i> .
<b>Servicios para trastornos del habla, el lenguaje y la audición (sin límite de beneficios salvo necesidad médica)</b>		Visitas al consultorio para atención médica de <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte Visitas al consultorio para atención médica de <i>pacientes ambulatorios</i> .
		Terapia del habla para <i>pacientes ambulatorios</i> .	\$60 de <i>copago</i> por visita
		Pruebas de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte más arriba Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> .
<b>Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular joint, TMJ)</b>		Rayos x, servicios de cirugía, terapia física o servicios de atención médica <i>ambulatorios</i> .	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Atención de urgencia</b>			\$60 de <i>copago</i> por visita
<b>Servicios de la vista</b>		Exámenes de la vista <i>rutinarios</i> y <i>no rutinarios</i> , incluidos los servicios para el tratamiento o diagnóstico de afecciones del ojo.  <u>Nota:</u> La <i>atención de rutina</i> se define como los servicios prestados de forma rutinaria para controlar una afección existente. La <i>atención que no es de rutina</i> se define como los servicios prestados para evaluar y/o tratar una afección, enfermedad o lesión nueva o que se agrava.	\$60 de <i>copago</i> por visita
		Exámenes de la vista preventivos. Exámenes periódicos de los ojos y la vista sin signos o síntomas evidentes de enfermedad o pérdida de visión.  <u>Nota:</u> Para conocer los <i>límites de beneficios</i> , consulte la sección « <i>Servicios médicos preventivos</i> » más arriba.	\$0 de <i>copago</i> por visita

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

### Servicios adicionales para miembros<sup>\*\*\*</sup>

#### Descuento en gafas para adultos

Usted debe utilizar un proveedor de servicios de la vista (Vision Services Provider, VSP):

- 20 % del precio de venta al por menor de juegos completos de gafas, monturas y lentes con receta médica.
- 15 % de descuento en los honorarios profesionales por la evaluación y ajuste de lentes de contacto con receta médica.

#### Reembolso por acondicionamiento físico *Get Fit!* o reembolso del rastreador de acondicionamiento físico *Wear It!*

- Reembolso del 25 % de membresía anual de las cuotas en un club de salud que califique: limitado a un *miembro* por familia por año calendario. O BIEN
- Reembolso del 50 % en un dispositivo tecnológico para vestir, hasta \$50 por año: limitado a un *miembro* por familia por año calendario.

Nota: Cada familia es elegible para el reembolso por acondicionamiento físico o para el reembolso del rastreador de acondicionamiento físico dentro de un año calendario, no para ambos.

#### Mom's Meals

Como *miembro* del *plan WellSense Clarity*, tiene derecho al envío gratuito de las comidas de bajo costo que se le preparen y entreguen. Para calificar para el envío gratuito, haga todos sus pedidos mediante el siguiente enlace del sitio web de Mom's Meals ([momsmeals.com/wellsense-clarity](https://momsmeals.com/wellsense-clarity)). Puede comenzar o finalizar este beneficio en cualquier momento que elija.

#### Weight Watchers®

Reembolso del 25 % de los cargos para ciertos programas de Weight Watchers®: limitado a un *miembro* por familia por año calendario.

### Incentivos para miembros y programas VBID

#### Programa de incentivo para personas con diabetes

Los *miembros* con diabetes recibirán una tarjeta de regalo de \$25 por completar lo siguiente dentro de un año calendario.

- Exámenes de la vista
- Prueba de la función renal
- Una prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c)
- Visita al *PCP*

#### Programa de insulina VBID

El *plan* ofrece un programa adicional que proporciona cobertura de al menos uno de cada tipo de insulina al nivel de *costo compartido* más bajo para su *plan*. Consulte el formulario del *plan* para saber qué productos están cubiertos como parte de este programa y los otros tipos de cobertura de insulina disponibles.

### Cobertura del recién nacido

Cobertura de gastos de enfermería de rutina para recién nacidos y atención de bienestar del recién nacido. Los recién nacidos deben inscribirse en el *plan* en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de nacimiento para que el *plan* cubra cualquier otro servicio *médicamente necesario* prestado al recién nacido.

Nota: Al recibir determinados servicios *ambulatorios* (que pueden o no estar sujetos a *costos compartidos*), es posible que también reciba otros *servicios cubiertos* que requieren *costos compartidos* aparte. (Por ejemplo, durante una visita a una consulta de *servicios de salud preventivos*, sin *costo compartido*, usted puede recibir una prueba de laboratorio que requiere *costo compartido*).

Nota: No todas las visitas prenatales o de posparto al consultorio se consideran *de rutina*. Los servicios de maternidad prestados relacionados con complicaciones o riesgos con el embarazo pueden estar sujetos a *costos compartidos*.

☒ Los *planes WellSense Clarity* son *planes de salud calificados* que se ofrecen a través de MA Health Connector.

☒☒ La *red WellSense Clarity* puede incluir diferentes *proveedores* de los que están en las otras *redes de proveedores* del *plan*. Cuando busque *proveedores de la red* en nuestro sitio web, asegúrese de buscar en *red WellSense Clarity*.

☒☒☒ El *plan* tiene un contrato con Express Scripts, Inc. (ESI) para administrar los beneficios de medicamentos con receta para los *miembros*. Para localizar las *farmacias de la red de servicios*, visite nuestro sitio web [wellsense.org](http://wellsense.org) o llame a Express Scripts, Inc. al 855-833-8120.

+ El *plan* tiene contrato con Carelon Behavioral Health (*Carelon*) para administrar todos los servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para los *miembros*. Para localizar a un *proveedor de la red* de salud mental o servicios de abuso de sustancias, visite nuestro sitio web [wellsense.org](http://wellsense.org) o llame a *Carelon* al 877-957-5600.

++ El *plan* tiene un contrato con Northwood, Inc. para administrar la mayoría del equipo médico duradero, prótesis, órtesis, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteína. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro del *plan* para obtener más información.

+++ Consulte su EOC para obtener más información sobre los extras para miembros y cómo acceder a estos extras para miembros, o visite [wellsense.org](http://wellsense.org).

++++ El *plan* tiene un contrato con Delta Dental para administrar todos los *servicios* odontológicos pediátricos *cubiertos* para los *miembros* elegibles. Si necesita asistencia, llame a Delta Dental al 844-260-6097.

\*Los lentes convencionales se definen en el Federal Vision Insurance Plan como lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lentes de cristal o de plástico lenticulares, todas las graduaciones, tintados moda y gradientes, revestimiento de protección ultravioleta, lentes de sol con receta de mayor tamaño y de color gris espejo n.º 3. Los lentes de policarbonato están cubiertos para niños, *miembros* con visión monocular y *miembros* con receta mayor o igual a +/- 6.00 dioptrías. Todos los lentes incluyen recubrimiento resistente a rasguños.

#### **Aviso para los miembros indígenas americanos y nativos de Alaska (AI/AN):**

De acuerdo con la ley federal, es posible que pueda inscribirse en un plan de salud calificado que no tenga *costo compartido* o tenga *costos compartidos* limitados. Dependiendo de sus ingresos, es posible que no tenga *copagos*, *deducibles* o *coseguros* cuando reciba servicios de un *proveedor* de salud indígena o tribal, o cuando su proveedor de salud indígena o tribal lo derive a otro *proveedor*. Massachusetts Health Connector determinará su elegibilidad para este beneficio cuando usted presente su solicitud. Además de verificar sus ingresos, *Health Connector* también puede pedirle la documentación para comprobar su estado AI/AN. Si usted califica, *Health Connector* nos enviará su información para que podamos compartirla con nuestros *proveedores*. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Massachusetts Health Connector o con Servicios al Miembro al 855-833-8120.



Este plan de salud **cumple con los estándares de Cobertura mínima acreditable** y cumplirá el mandato individual de que usted tenga seguro médico.

REQUISITO DE MASSACHUSETTS DE ADQUIRIR UN SEGURO MÉDICO: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts, de dieciocho (18) años de edad o mayores, tengan cobertura de salud que cumpla con los estándares de cobertura mínima acreditable establecidos por el Operador de Seguros Médicos del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro médico basado en capacidad financiera o dificultades económicas individuales. Para obtener información adicional llame al Operador al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio web del Operador ([www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org)).

**Estándares de cobertura mínima acreditable.** Este plan de salud cumple con los estándares de cobertura mínima acreditable vigentes a partir del 1 de enero de 2024, como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si contrata este plan, cumplirá el requisito legal de tener un seguro médico que cumple con dichos estándares.

Esta divulgación es para los estándares de cobertura mínima acreditable que están vigentes a partir del 1 de enero de 2024. Debido a que estos estándares pueden cambiar, revise cada año el material de su plan de salud para determinar si su plan cumple con los estándares más recientes. Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso, se puede comunicar con la División de Seguros al (617) 521-7794 o puede visitar su sitio web en [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi).



# Multilanguage Interpreter Services

Important! This is about your WellSense Health Plan benefits. We can translate it for you free of charge. Please call **855-833-8120 (TTY: 711)** for translation help.

---

¡Importante! Esta información es sobre sus beneficios de WellSense Health Plan. Podemos traducirlo para usted de forma gratuita. Llame al **855-833-8120 (TTY: 711)** para obtener ayuda de traducción. (ESA)

---

Importante! Esta comunicação é sobre os benefícios da WellSense Health Plan. Podemos traduzir para você gratuitamente. Ligue para **855-833-8120 (TTY: 711)** para obter ajuda com a tradução. (PTB)

---

重要提示！此信息与您的 WellSense Health Plan 福利有关，我们可免费翻译。如需获得翻译服务，请拨打 **855-833-8120 (TTY: 711)**。(CHS)

---

Enpotan! Sa a se sou avantaj WellSense Health Plan ou an. Nou ka tradui li pou ou gratis. Tanpri relel **855-833-8120 (TTY: 711)** pou jwenn èd ak tradiksyon. (HRV)

---

Quan trọng! Đây là thông tin về quyền lợi trong WellSense Health Plan của quý vị. Chúng tôi có thể dịch thông tin này miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **855-833-8120 (TTY: 711)** để được trợ giúp dịch thuật. (VIT)

---

Важно! Здесь содержится информация о преимуществах вашего медицинского страхового плана WellSense Health Plan. Мы можем перевести для вас этот документ бесплатно. За помощью в переводе позвоните по телефону **855-833-8120 (TTY: 711)**. (RUS)

---

Σημαντικό! Πρόκειται για τις παροχές του WellSense Health Plan. Μπορούμε να σας το μεταφράσουμε δωρεάν. Καλέστε στο **855-833-8120 (TTY: 711)** για βοήθεια σχετικά με τη μετάφραση. (ELG)

---

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجاناً. يرجى الاتصال  
**855-833-8120 (TTY: 711)** للمساعدة في الترجمة. (ARA)

---

महत्वपूर्ण! यह आपके WellSense Health Plan लाभों के बारे में है। हम आपके लिए इसका निःशुल्क अनुवाद कर सकते हैं। कृपया अनुवाद संबंधित सहायता के लिए **855-833-8120 (TTY: 711)** पर फोन करें। (HIN)

---

중요! 이것은 WellSense Health Plan 혜택에 대한 내용입니다. 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 번역 도움이 필요하면 **855-833-8120 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오. (KOR)

---

ចំណុចសំខាន់! ព័ត៌មាននេះគឺ ស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃ WellSense Health Plan របស់អ្នក។ យើងអាចបកប្រែវាសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **855-833-8120 (TTY: 711)** សម្រាប់ជំនួយផ្នែកបកប្រែ។ (KHM)

---

Ważne! To dotyczy Twoich świadczeń w ramach planu zdrowotnego WellSense Health Plan. Możemy nieodpłatnie przetłumaczyć dla Ciebie te informacje. Zadzwoń pod numer **855-833-8120 (TTY: 711)**, aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu. (POL)

---

ສິ່ງສໍາຄັນ! ນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນ WellSense Health Plan ຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາໃຫ້ **855-833-8120 (TTY: 711)** ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ. (LAO)

---

**Important! This material can be requested in an accessible format by calling 855-833-8120 (TTY: 711).**

---

### **Notice About Nondiscrimination and Accessibility**

WellSense Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, sexual orientation, limited English proficiency, or moral or religious grounds (including limiting or not providing coverage for counseling or referral services). WellSense Health Plan provides:

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

Please contact WellSense if you need any of the services listed above.

If you believe we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of any of the identifiers listed above, you can file a grievance or request help to do so at:

Civil Rights Coordinator  
100 City Square, Suite 200  
Charlestown, MA 02129  
Phone: 855-833-8120 (TTY: 711)  
Fax: 617-897-0805

You can also file a civil rights complaint with the U.S. DHHS, Office for Civil Rights by mail, by phone or online at:

U.S. Dept. of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)

Complaint Portal:  
[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)