

# Esquema de beneficios

Massachusetts



## WellSense Clarity ConnectorCare 3

Un 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) de WellSense Health Plan Clarity 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 aprobación previa. Siempre verifique con su proveedor para averiguar si se ha obtenido la aprobación previa necesaria. Si alguna de las condiciones en este resumen difiere de las de su EOC, se aplican los términos de su EOC. Las palabras y términos importantes 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](https://wellsense.org) o llame a Servicios al Miembro al 855-833-8120.

WSMA\_ConnectorCare 3\_2026\_ver.1

| Deducible (por año de beneficios)                    | Monto                                                                         |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Por cada miembro individual                          | \$0 (atención médica y medicamentos recetados)                                |
|                                                      | \$0 (atención dental pediátrica****: únicamente servicios Tipo II y Tipo III) |
| Por familia                                          | \$0 (atención médica y medicamentos recetados)                                |
| Máximo de desembolso directo (por año de beneficios) | Monto                                                                         |
| Por cada miembro individual                          | \$0 (atención dental pediátrica****)                                          |
|                                                      | \$1,500 (OOPM médico)                                                         |
|                                                      | \$750 (OOPM para recetas)                                                     |
| Por familia                                          | \$0 (atención dental pediátrica****)                                          |
|                                                      | \$3,000 (OOPM médico)                                                         |
|                                                      | \$1,500 (OOPM para recetas)                                                   |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                  |
| <b>Atención para pacientes hospitalizados</b>                                                                                  | Atención hospitalaria aguda para pacientes hospitalizados para servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad.<br><br><u>Nota:</u> Para obtener más información sobre los beneficios para recién nacidos, consulte la Cobertura del recién nacido.                                                                                                                                                              | \$250 de copago por admisión                                        |
|                                                                                                                                | Atención prolongada en hospital de enfermedades crónicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$250 de copago por admisión                                        |
|                                                                                                                                | Atención prolongada en un hospital de rehabilitación.<br><br><u>Límite del beneficio:</u> limitado a 60 días calendario por año de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$250 de copago por admisión                                        |
|                                                                                                                                | Atención prolongada en un centro de enfermería especializada.<br><br><u>Límite del beneficio:</u> limitado a 100 días calendario por año de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0 de copago por admisión                                          |
|                                                                                                                                | Admisión como paciente hospitalizado en un hospital general o de salud mental, o en un centro para tratamiento agudo de salud mental y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.*                                                                                                                                                                                                                    | \$250 de copago por admisión                                        |
|                                                                                                                                | Servicios prestados por médicos, cirujanos y otros profesionales cubiertos durante la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0 de copago por admisión                                          |
| <b>Aborto y servicios relacionados con el aborto</b>                                                                           | Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados por médicos, cirujanos y otros servicios de proveedores profesionales cubiertos durante la cirugía ambulatoria.                                                                                                                                                                                                                                          | \$0 de copago por visita                                            |
| <b>Servicios para alergias</b>                                                                                                 | Pruebas y tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$22 de copago por visita                                           |
|                                                                                                                                | Pruebas de laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulte Pruebas de laboratorio a continuación.                     |
|                                                                                                                                | Inyecciones contra alergias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$10 de copago por inyección                                        |
| <b>Ambulancia</b>                                                                                                              | Ambulancia cubierta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0 de copago por transporte                                        |
| <b>Tratamiento de trastornos generalizados del desarrollo y 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 pacientes ambulatorios</li> <li>Se aplica a servicios de análisis conductual.</li> <li>Rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y consultas de trabajo social), según sea médicamente necesario</li> </ul> | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados. |
| <b>Rehabilitación cardíaca</b>                                                                                                 | Servicios para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$22 de copago por visita                                           |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                                                                            |
| <b>Quimioterapia y radioterapia</b>                                                                                            | Servicios para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0 de copago por visita                                                                                                      |
| <b>Atención de quiropráctico</b>                                                                                               | Visitas al consultorio de pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de tratamiento médico de apoyo y manipulación de la columna vertebral.                                                                                                                                         | \$22 de copago por visita                                                                                                     |
|                                                                                                                                | Prueba de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                        | Consulte Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios a continuación. |
| <b>Estudios clínicos</b>                                                                                                       | Ensayo clínico calificado para el tratamiento, la prevención o la detección de cualquier tipo de cáncer u otra enfermedad potencialmente mortal, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos por la legislación del estado de Massachusetts y las leyes federales aplicables. | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                           |
| <b>Servicios de diálisis</b>                                                                                                   | Servicios para pacientes ambulatorios.<br><br><u>Nota:</u> Los servicios fuera del área se limitan a un mes por año de beneficios si viaja fuera del área de servicio. Se requiere aprobación previa.                                                                                    | \$0 de copago por visita                                                                                                      |
|                                                                                                                                | Diálisis en el hogar, incluyendo suministros médicos y equipo de diálisis.                                                                                                                                                                                                               | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                           |
| <b>Leche humana donada y productos derivados de leche humana donada</b>                                                        | Leche humana donada pasteurizada y productos derivados de leche humana donada que sean médicamente necesarios para miembros infantiles elegibles menores de 6 meses de edad durante una hospitalización.                                                                                 | 0 % de coseguro                                                                                                               |
| <b>Tratamiento para el síndrome de Down</b>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se aplica a servicios de análisis conductual.</li> <li>Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla, según sea médicamente necesario</li> </ul>                                                                                          | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                           |
| <b>Equipo médico duradero, prótesis, órtesis, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteínas**</b>       | <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>        | 0 % de coseguro                                                                                                               |
|                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bombas sacaleche y suministros relacionados</li> <li>Pelucas (prótesis capilar)</li> </ul>                                                                                                                                                        | 0 % de coseguro                                                                                                               |
| <b>Servicios de intervención temprana</b>                                                                                      | Servicios para pacientes ambulatorios para un miembro menor elegible hasta los 2 años, según sea médicamente necesario.                                                                                                                                                                  | \$0 de copago por visita                                                                                                      |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                  |
| <b>Servicios de emergencia</b>                                                                                                 | Visitas a la sala de emergencias.<br><br><u>Nota:</u> Si lo ingresan para una estadía como paciente hospitalizado inmediatamente después de la prestación de servicios de emergencia en un hospital no perteneciente a la red, usted o alguien que actúe en su nombre debe llamar al plan WellSense Clarity en un plazo de 2 días hábiles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$100 de copago por visita                                          |
|                                                                                                                                | Servicios prestados por médicos, cirujanos y otros proveedores profesionales cubiertos durante la atención en la sala de emergencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0 de copago por visita                                            |
| <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 proveedores de servicios de emergencia; y</li> <li>○ servicios comunitarios de estabilización de crisis para adultos.</li> </ul> </li> </ul> | El costo compartido está sujeto a la ubicación de los servicios.    |
| <b>Servicios de preservación de la fertilidad</b>                                                                              | Servicios y procedimientos médicos necesarios para la preservación de la fertilidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados. |
| <b>Servicios y dispositivos de rehabilitación</b>                                                                              | Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla a corto plazo para pacientes ambulatorios, así como dispositivos de rehabilitación médicamente necesarios.<br><br><u>Límite de beneficio:</u> La fisioterapia y la terapia ocupacional se limitan a 60 visitas combinadas/año de beneficios (que no sean para autismo, síndrome de Down, intervención temprana, atención médica en el hogar y terapia del habla).                                                                                                                                                                                                                                          | \$20 de copago por visita                                           |
| <b>Audífono para niños (Debe ser menor de 22 años)</b>                                                                         | Dispositivo de corrección auditiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0 % de coseguro                                                     |
|                                                                                                                                | <u>Límite del beneficio:</u> cobertura para un audífono de hasta dos mil dólares (\$2,000) cada 36 meses por oído con deficiencias auditivas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |
|                                                                                                                                | Exámenes y evaluaciones del audífono.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$22 de copago por visita                                           |
|                                                                                                                                | Servicios e insumos relacionados con el audífono.<br><br><u>Exclusiones:</u> las baterías y líquidos de limpieza para aparatos de corrección auditiva no están cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0 % de coseguro                                                     |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC.       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                      | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                  |
| <b>Exámenes de audición</b>                                                                                                          | Exámenes y evaluaciones del proveedor de atención médica (Primary Care Provider, PCP).                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago por visita                                            |
|                                                                                                                                      | Exámenes y evaluaciones del especialista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$22 de copago por visita                                           |
| <b>Atención médica en el hogar</b>                                                                                                   | Programa de atención en el hogar, que incluye la terapia de infusión en el hogar.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0 de copago por visita                                            |
| <b>Servicios de cuidados paliativos</b>                                                                                              | Servicios de cuidados paliativos para una enfermedad terminal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0 de copago por visita                                            |
| <b>Atención hospitalaria en el hogar</b>                                                                                             | <p>Atención hospitalaria intensiva en el hogar. Servicios intensivos para pacientes hospitalizados prestados en el hogar del miembro por un proveedor de la red autorizado por los CMS para realizar estos servicios.</p> <p><u>Límite del beneficio:</u> limitado a 90 días calendario por período de beneficio. Se requiere aprobación previa y revisión simultánea.</p> | \$0 de copago por visita                                            |
| <b>Servicios para la infertilidad</b>                                                                                                | Cirugía ambulatoria y para pacientes hospitalizados; laboratorio y radiografías; visitas para pacientes ambulatorios; y medicamentos con receta médicamente necesarios.                                                                                                                                                                                                    | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados. |
| <b>Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios (servicios diagnósticos)</b> | Pruebas de laboratorio de diagnóstico, incluye pruebas de antígenos leucocitarios humanos (HLA).                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0 de copago por visita                                            |
|                                                                                                                                      | Radiografías y otras pruebas por imágenes (como pruebas de fluoroscopia).                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0 de copago por visita                                            |
|                                                                                                                                      | Diagnóstico por imágenes avanzado: exámenes CT/CTA, MRI/MRA; examen PET y NCI/NPI (diagnóstico cardíaco nuclear por imágenes).                                                                                                                                                                                                                                             | \$60 de copago por visita                                           |
|                                                                                                                                      | Interpretación por parte de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos de pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios.                                                                                                                                                                                                    | \$0 de copago por visita                                            |
| <b>Tratamiento del síndrome de lipodistrofia</b>                                                                                     | Tratamiento médico o farmacológico, incluida la cirugía reconstructiva (por ejemplo, lipectomía por succión asistida).                                                                                                                                                                                                                                                     | Usted paga el costo compartido 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 proveedor de atención primaria (PCP).                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0 de copago por visita                                            |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa. Para obtener más información, consulte su EOC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                                                                                                                 |
|                                                                                                                             | Visita al consultorio de un especialista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$22 de copago por visita                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de maternidad</b>                                                                                              | Visitas prenatales de rutina al consultorio para pacientes ambulatorios, incluida una visita posparto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0 de copago por visita                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | Visitas prenatales que no son de rutina y visitas posparto adicionales al consultorio para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                                                                |
| <b>Fórmulas médicas</b>                                                                                                     | Fórmulas enterales con y sin receta médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulte Equipo médico duradero.                                                                                                                                   |
| <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*</b>                                                 | Admisión como paciente hospitalizado en un hospital general o de salud mental, o en un centro para tratar el abuso de sustancias.<br><br><u>Nota:</u> No se requiere aprobación previa, pero el centro debe notificar al plan WellSense Clarity dentro de las 72 horas posteriores a la admisión.                                                                                                                                   | \$250 de copago por admisión.<br><br>\$0 de copago por admisión para médico y otro proveedor profesional cubierto durante la admisión como paciente hospitalizado. |
|                                                                                                                             | Servicios intermedios no hospitalarios que prestan servicios más intensivos que los ambulatorios y menos intensivos que los hospitalarios, como el tratamiento agudo basado en la comunidad (CBAT) y el tratamiento agudo intensivo basado en la comunidad (ICBAT).<br><br><u>Nota:</u> No se requiere aprobación previa, pero el centro debe notificar al plan WellSense Clarity dentro de las 72 horas posteriores a la admisión. | \$0 de copago por visita                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) y servicios asociados para la dependencia de opioides.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0 de copago por visita                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0 de copago por visita                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | Servicios de apoyo de un entrenador de recuperación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0 de copago por visita                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | Un examen anual de salud mental proporcionado por un profesional autorizado de salud mental o un proveedor de atención primaria. Es posible que lo proporcione el proveedor de atención primaria durante una consulta anual preventiva.                                                                                                                                                                                             | \$0 de copago por visita                                                                                                                                           |
| <b>Orientación nutricional</b>                                                                                              | Visitas ambulatorias con un nutricionista registrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$22 de copago por visita                                                                                                                                          |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC.                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                    | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                  |
| <b>Servicios de observación</b>                                                                                                                    | Si se es admitido en estado de observación desde la sala de emergencias, se exime el copago de la sala de emergencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$100 de copago por admisión                                        |
| <b>Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios para recibir atención médica (para evaluar, controlar o tratar una enfermedad o lesión).</b> | Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0 de copago por visita                                            |
|                                                                                                                                                    | Visita al consultorio de un especialista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$22 de copago por visita                                           |
| <b>Cirugía ambulatoria, incluyendo cirugía bariátrica</b>                                                                                          | Cirugía ambulatoria en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidas colonoscopías y endoscopias de diagnóstico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$125 de copago por visita                                          |
|                                                                                                                                                    | Servicios prestados por médicos, cirujanos y otros proveedores profesionales cubiertos durante una cirugía ambulatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0 de copago por visita                                            |
| <b>Manejo del dolor</b>                                                                                                                            | Alternativas al tratamiento del dolor con productos opioides. Incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos o inyecciones no opioides</li> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Servicios de fisioterapia</li> <li>• Proveedores de salud conductual con especialidades relacionadas con el manejo del dolor, como la terapia cognitivo-conductual, el manejo del dolor y el tratamiento del dolor crónico</li> <li>• Cirugía</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados. |
| <b>Atención dental pediátrica****<br/>(Debe ser menor de 19 años)</b>                                                                              | Servicios Tipo I: prevención y diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías de mordida: dos por ubicación del dentista 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 miembro</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 dentista cada 12 meses</li> <li>• Selladores: una vez por diente por ubicación del dentista cada 26 meses</li> <li>• Radiografía de un solo diente: según sea necesario.</li> <li>• Retenedores de espacio</li> <li>• Limpieza dental (dos veces cada 12 meses)</li> </ul> | 0 % de coseguro                                                     |

## Servicios cubiertos

Algunos servicios requieren aprobación 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> | 0 % de coseguro |
| <b>Atención dental pediátrica****<br/>(Debe ser menor de 19 años)<br/>(Continuación)</b> | <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> </ul> <p>Coronas de porcelana fundida sobre metal/noble/muy resistente (una vez por diente dentro de los 60 meses)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0 % de coseguro |
|                                                                                          | <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 miembro debe tener una maloclusión discapacitante según lo definido por el puntaje del Índice HLD de 22 y/o uno o más calificadores automáticos; requiere aprobación previa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0 % de coseguro |
| <b>Anteojos para niños<br/>(Debe ser menor de 19 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0 % de coseguro |



| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC.                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                                                                    |
| <b>Servicios de podología</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cuidado de los pies no rutinario (como el tratamiento para dedos en martillo y osteoartritis).                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$22 de copago por visita                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pruebas de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Consulte arriba Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cuidado de los pies de rutina para miembros con diabetes (como recorte de callosidades, uñas u otros cuidados higiénicos).                                                                                                                                                                                                                                                             | \$22 de copago por visita                                                                                             |
| <b>Medicamentos recetados    De una farmacia minorista de la red: (suministro de hasta 30 días)</b>                                        | Medicamento genérico: Nivel 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$12.50 de copago por receta                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamento de marca preferido: Nivel 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$25 de copago por receta                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamento de marca no preferido: Nivel 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$50 de copago por receta                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamento de especialidad: Nivel 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$50 de copago por receta                                                                                             |
| <b>Medicamentos recetados    De una farmacia de servicios por correo: (suministro para hasta 90 días)</b>                                  | Medicamento genérico: Nivel 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$25 de copago por receta                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamento de marca preferido: Nivel 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$50 de copago por receta                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamento de marca no preferido: Nivel 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$100 de copago por receta                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamento de especialidad: Nivel 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$100 de copago por receta                                                                                            |
| <b>Medicamentos recetados para afecciones crónicas   </b>                                                                            | Determinados medicamentos genéricos del formulario que se usan para tratar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes</li> <li>• Asma</li> <li>• Las 2 afecciones cardíacas más frecuentes entre nuestros miembros</li> </ul> Consulte el formulario del plan WellSense Clarity para ver la lista de todos los medicamentos cubiertos, incluyendo tipo, dosis y otros niveles. | \$0 de copago por receta                                                                                              |
| <b>Medicamentos recetados   : tratamiento asistido con medicamentos (MAT) y servicios asociados para la dependencia de opioides.</b> | Medicamentos genéricos y de marca aprobados por la FDA y antagonistas opiáceos (como Narcan).<br><br>Nota: Para obtener más información, consulte el formulario de medicamentos recetados. Cuando una fórmula de marca y una fórmula genérica de un mismo medicamento están cubiertas en el formulario, el plan puede aplicar el costo compartido al producto de marca.                | \$0 de copago por receta                                                                                              |
| <b>Nota:</b> Usted no paga por: (1) anticonceptivos orales y otras formas de anticonceptivos con receta médica; (2) ciertos medicamentos anticancerígenos orales; (3) estatinas, (4) artículos para dejar de fumar; (5) aspirina; (6) antagonistas opioides; y (7) profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral eficaz.                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |

## Servicios cubiertos

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

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

### Servicios médicos preventivos

El plan WellSense Clarity cubre ciertos servicios médicos preventivos sin costo compartido, 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 WellSense Clarity y la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA).

Para obtener más información sobre qué servicios preventivos están incluidos, consulte la sección Servicios médicos preventivos al final de su EOC y visite nuestro sitio web en [wellsense.org](https://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 de detección preventivas
- Exámenes de la vista preventivos: un examen por miembro cada 12 meses hasta el final del mes calendario en que el miembro cumple 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, incluyendo Papanicolaou de detección.
- Bombas sacaleche y suministros relacionados
- Planificación familiar
- Atención prenatal de rutina, que incluye una visita posparto.
- Asesoramiento y apoyo prenatal y posnatal sobre lactancia
- Evaluación de detección de depresión posparto y trastornos depresivos mayores
- Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluyendo medicamentos y dispositivos.
- Pruebas de detección y diagnósticos de cáncer de mama, incluyendo resonancias magnéticas y ecografías mamarias
- Procedimientos de esterilización voluntaria

\$0 de copago por visita

### Dispositivos protésicos

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

Consulte Equipo médico duradero.

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa.<br>Para obtener más información, consulte su EOC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                | <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Su costo (costo compartido)</b>                                                                                    |
| <b>Terapias de rehabilitación</b>                                                                                              | Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla a corto plazo para pacientes ambulatorios.<br><br><u>Límite de beneficio:</u> La fisioterapia y la terapia ocupacional se limitan a 60 visitas combinadas/año de beneficios (que no sean para autismo, síndrome de Down, intervención temprana, atención médica en el hogar y terapia del habla).                                                                                                          | \$20 de copago por visita                                                                                             |
|                                                                                                                                | Terapia auditiva y pulmonar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$20 de copago por visita                                                                                             |
| <b>Segundas opiniones</b>                                                                                                      | Segundas y terceras opiniones para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Consulte Visitas al consultorio para atención médica de pacientes ambulatorios.                                       |
| <b>Servicios para trastornos del habla, el lenguaje y la audición</b>                                                          | Visitas al consultorio para atención médica de pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Consulte Visitas al consultorio para atención médica de pacientes ambulatorios.                                       |
|                                                                                                                                | Terapia del habla para pacientes ambulatorios, según sea médicamente necesario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$20 de copago por visita                                                                                             |
|                                                                                                                                | Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Consulte arriba Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios. |
| <b>Servicios de telesalud</b>                                                                                                  | El costo compartido para servicios de telesalud con proveedores contratados es el mismo que si accede a la atención en persona. Se podría requerir aprobación previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                   |
| <b>Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular joint, TMJ)</b>                           | Rayos x, servicios de cirugía, terapia física o servicios de atención médica ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                   |
| <b>Servicios de trasplante</b>                                                                                                 | Trasplantes de órganos, tejidos, células madre y médula ósea médicamente necesarios, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Usted paga el costo compartido aplicable a los servicios prestados.                                                   |
| <b>Atención de urgencia</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$22 de copago por visita                                                                                             |
| <b>Servicios de la vista</b>                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes periódicos de rutina de la vista</li> <li>Tratamiento y exámenes de la vista que no son de rutina</li> </ul> <u>Nota:</u> Los anteojos están cubiertos para miembros pediátricos hasta el final del mes calendario en que cumplen 19 años. Consulte Anteojos para niños arriba. Los descuentos en anteojos están disponibles para miembros de 19 años y más. Consulte Servicios adicionales para miembros abajo. | \$22 de copago por visita                                                                                             |

| <b>Servicios cubiertos</b><br>Algunos servicios requieren aprobación previa. Para obtener más información, consulte su EOC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Su costo (costo compartido)</b>                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             | <p>Exámenes de la vista preventivos.</p> <p><u>Límite de beneficio:</u> Un examen preventivo por miembros cada 12 meses hasta el final del mes calendario en que cumplen 19 años, luego cada 24 meses. Si usted padece una afección ocular preexistente, sus exámenes oculares periódicos ya no se consideran preventivos y están sujetos al costo compartido aplicable.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Consulte Servicios médicos preventivos arriba.</p> |
| <b>Servicios adicionales para miembros<sup>***</sup></b>                                                                    | <p><b>Descuento en anteojos para adultos</b></p> <p>Usted debe utilizar un proveedor de servicios de la vista (Vision Services Provider, VSP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del precio de venta al por menor de juegos completos de gafas, monturas y lentes con receta médica.</li> <li>• 15 % de descuento en los honorarios profesionales por la evaluación y ajuste de lentes de contacto con receta médica.</li> </ul> <p><b>Reembolso por acondicionamiento físico Get Fit! o reembolso del rastreador de acondicionamiento físico Wear It!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Reembolso del 50 % en un dispositivo tecnológico para vestir, hasta \$50 por año; limitado a un miembro por familia por año calendario.</li> </ul> <p><u>Nota:</u> Cada familia es elegible para un reembolso por acondicionamiento físico o para el reembolso del rastreador de acondicionamiento físico dentro de un año calendario, no para ambos.</p> <p><b>Mom's Meals</b></p> <p>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 (<a href="https://momsmeals.com/wellsense-clarity">momsmeals.com/wellsense-clarity</a>). Puede comenzar o finalizar este beneficio en cualquier momento que elija.</p> <p><b>Weight Watchers®</b></p> <p>Reembolso del 25 % de los cargos para ciertos programas de Weight Watchers® (limitado a un miembro por familia por año calendario).</p> |                                                       |
| <b>Incentivos para miembros y programas VBID</b>                                                                            | <p><b>Programa de incentivo para personas con diabetes</b></p> <p>Los miembros con diabetes recibirán una tarjeta de regalo de \$25 por completar lo siguiente dentro de un año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la vista</li> <li>• Prueba de la función renal</li> <li>• Una prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c)</li> <li>• Visita al PCP</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |

## Servicios cubiertos

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

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | <b>Programa de insulina VBID</b><br>El plan WellSense Clarity 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 WellSense Clarity. Consulte el formulario del plan WellSense Clarity para saber qué productos están cubiertos como parte de este programa y los otros tipos de cobertura de insulina disponibles.             |
| <b>Cobertura del recién nacido</b> | Los recién nacidos están cubiertos automáticamente por los gastos de enfermería de rutina para recién nacidos y la atención médica del recién nacido durante la hospitalización de la madre inscrita. Los recién nacidos deben inscribirse en WellSense en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de nacimiento para que WellSense 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 en Massachusetts son planes de salud calificados que se ofrecen a través de MA Health Connector.

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

✕✕✕ El plan WellSense Clarity tiene contratos con Express Scripts, Inc. (ESI) para administrar los beneficios de medicamentos recetados para miembros. Para encontrar farmacias de la red, vaya a nuestro sitio web [wellsense.org](https://wellsense.org) o llame a la línea gratuita, al 855-833-8120.

+ El plan WellSense Clarity administra todos los servicios de salud mental y por consumo de sustancias para los miembros. Para localizar a un proveedor de la red de salud mental o servicios por consumo de sustancias, visite nuestro sitio web [wellsense.org](https://wellsense.org) o llame a la línea gratuita, al 855-833-8120.

++ El plan WellSense Clarity tiene contratos con Northwood, Inc. para administrar la mayoría del equipo médico duradero, prótesis, órtesis, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteína. Comuníquese con Servicios para Miembros, al 855-833-8120, 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](https://wellsense.org).

++++ El plan WellSense Clarity tiene contratos con Delta Dental para administrar todos los servicios dentales pediátricos cubiertos para los miembros elegibles. Para encontrar dentistas pediátricos de la red, visite nuestro sitio web [wellsense.org](https://wellsense.org) o, para obtener ayuda, 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 refiera 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 para Miembros al 855-833-8120.



Este plan de salud **cumple con los estándares de Cobertura mínima acreditable** y cumplirá el requerimiento 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 2025, como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si compra 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 2025. 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).



## Notice of Availability

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. (HAT)

---

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)

---

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

---

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 फ़ोन 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។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **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)

---

Important! Questo riguarda i benefici del tuo piano sanitario WellSense. Possiamo tradurlo gratuitamente per te. Chiama il numero **855-833-8120 (TTY: 711)** per assistenza nella traduzione. (ITA)

મહત્તવપૂર્ણ! આ તમારા WellSense આરોગ્ય પ્લાનના લાભ વલણ છે. અમે તમારા માટે તેનું વનિઃશ લઙ્ક ભાષુતર કરી શકીએ છીએ. ભાષુતરને લગતી મદદ માટે કૃપા કરીને અમને **855-833-8120 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. (GUJ)

Important! Cela concerne vos prestations WellSense Health Plan. Nous pouvons traduire ce contenu gratuitement pour vous. Veuillez appeler le **855-833-8120 (TTY: 711)** pour obtenir de l'aide concernant la traduction. (FRC)

**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, primary language, 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 at 855-833-8120 if you need any of the services listed above and we will provide them in a timely manner. You can also find this information at the bottom of [wellsense.org](https://wellsense.org) in the Nondiscrimination section.

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)