

# Esquema de beneficios

## Plan de Salud Calificado



### Plan Low Gold

Un plan de salud calificado y  
plan Employer Choice Direct

#### Red de proveedores: Red Select

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

WS-LWGLD2023ver.2

Deducible (por año de beneficios)	Monto
Por cada <i>miembro</i> individual	\$1,750 (Servicio médico y recetas médicas)
	\$50 (Odontología pediátrica: únicamente servicios Tipo II y Tipo III)
Por familia	\$3,500 (Servicio médico y recetas médicas)
Máximo de desembolso directo (Out-of-Pocket Maximum, OOPM) (por año de beneficios)	Monto
Por cada <i>miembro</i> individual	\$5,250 (incluye servicios médicos, odontología pediátrica y recetas médicas)
	*\$350 (Odontología pediátrica, si es aplicable, cuenta para el OOPM individual y familiar)
Por familia	\$10,500 (incluye servicios médicos, odontología pediátrica y receta médica)

<b>Servicios cubiertos</b> Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.	<b>Descripción</b>	<b>Su costo (costo compartido)</b>
<b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>	Atención hospitalaria intensiva para <i>pacientes hospitalizados</i> para servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad. Consulte también "Cobertura del recién nacido" debajo.	\$750 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>
	Atención prolongada en hospital de enfermedades crónicas.	\$750 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>
	Atención prolongada en un hospital de rehabilitación. <u>Límite del beneficio</u> : limitado a 60 días por <i>año de beneficios</i> .	\$750 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>
	Atención prolongada en un centro de enfermería especializada. <u>Límite del beneficio</u> : limitado a 100 días por <i>año de beneficios</i> .	\$750 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>
	Salud mental y abuso de sustancias: + admisión como paciente hospitalizado a un hospital general o de salud mental, o centro de abuso de sustancias.	\$750 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i>
<b>Aborto</b>	Cirugía ambulatoria	Nada
<b>Servicios para alergias</b>	Pruebas y tratamiento.	\$55 de <i>copago</i> por visita
	Pruebas de laboratorio.	Consulte Pruebas de laboratorio a continuación
	Inyecciones contra alergias.	\$10 por inyección
<b>Ambulancia</b>	Ambulancia cubierta.	Nada después del <i>deducible</i>
<b>Servicios para trastornos del espectro autista+</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio <i>para pacientes ambulatorios</i>.</li> <li>• <i>Rehabilitación ambulatoria</i> (terapia física, ocupacional, del habla y consultas de trabajo social), según sea <i>médicamente necesario</i>.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico.</li> <li>• Servicios de habilitación.</li> </ul>	Usted abona el costo <i>compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	<i>Servicios para pacientes ambulatorios.</i>	\$55 de <i>copago</i> por visita
<b>Quimioterapia y radioterapia</b>	<i>Servicios para pacientes ambulatorios.</i>	Nada después del <i>deducible</i>
<b>Atención de quiropráctico</b>	<i>Visitas al consultorio de pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de tratamiento médico de apoyo y manipulación de la columna vertebral.</i>	\$55 de <i>copago</i> por visita
	<i>Pruebas de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios.</i>	Consulte pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas.
<b>Servicios de diálisis</b>	<i>Servicios para pacientes ambulatorios.</i>	Nada después del <i>deducible</i>

## Servicios cubiertos

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

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

<b>Equipo médico duradero, prótesis, órtesis, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteína++</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipo médico duradero</li><li>• Prótesis</li><li>• Órtesis</li><li>• Suministros médicos</li><li>• Fórmulas médicas</li><li>• Pelucas (prótesis capilar):<ul style="list-style-type: none"><li>• No se aplica el coseguro.</li></ul></li><li>• Alimentos bajos en proteínas</li><li>• Suministros para ostomía</li><li>• Oxígeno y equipo respiratorio</li></ul>	20 % de coseguro después del deducible
<b>Servicios de intervención temprana</b>	Para un <i>niño</i> elegible hasta los 2 años.	Nada
<b>Servicios de emergencia</b>	<p>Visitas a una sala de emergencias (o para servicios de observación en un ambiente hospitalario sin el uso de la sala de emergencias).</p> <p>Si se le ingresa como paciente hospitalizado inmediatamente después de la prestación de los <i>servicios de emergencia</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El <i>copago</i> de sus servicios de <i>emergencia</i> está eximido; y</li><li>• Si se le ingresa en un hospital <i>fuera de la red</i>, usted o alguien que actúe en su nombre debe llamar al <i>plan</i> dentro de los 2 días hábiles.</li></ul> <p>Si recibe servicios de <i>emergencia</i> de un proveedor que no pertenece a la red, el plan abonará hasta el <i>monto permitido</i>.</p>	\$250 de <i>copago por visita después del deducible</i>
<b>Servicios y dispositivos de rehabilitación</b>	<p><i>Terapia física y ocupacional ambulatoria</i>, así como dispositivos de rehabilitación médicamente necesarios.</p> <p><u>Límite de beneficios</u>: límite de 60 visitas combinadas por <i>año de beneficios</i>. (El <i>límite de beneficios</i> no se aplica a estos servicios cuando se brindan a <i>miembros</i> con trastorno del espectro autista o cuando reciben servicios de intervención temprana).</p>	\$55 de copago por visita
<b>Audífono para niños</b>	Para un <i>niño</i> elegible de 21 años o menos	20 % de coseguro después del deducible
	<u>Límite de 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	\$55 de <i>copago por visita</i>
	Servicios e insumos relacionados con el audífono	20 % de coseguro después del deducible
<b>Exámenes de audición</b>	Exámenes y evaluaciones del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).	\$30 de <i>copago por visita</i>

**Servicios cubiertos**

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

**Descripción****Su costo (costo compartido)**

	Exámenes y evaluaciones del especialista.	\$55 de <i>copago</i> por visita
<b>Atención médica en el hogar</b>	Programa de atención en el hogar.	Nada después del <i>deducible</i>
<b>Servicios de cuidados paliativos</b>	Servicios de cuidados paliativos para una enfermedad terminal.	Nada después del <i>deducible</i>
<b>Servicios para la infertilidad</b>	<i>Para pacientes hospitalizados, cirugía ambulatoria; laboratorio y radiografías; visitas ambulatorias al consultorio; y medicamentos recetados.</i>	Usted abona el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios (servicios de diagnóstico que no son de rutina)</b>	Pruebas de laboratorio de diagnóstico (incluye pruebas de antígenos leucocitarios humanos [human leukocyte antigen, HLA]).	\$50 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
	Radiografías.	\$75 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
	Diagnóstico por imágenes de alta tecnología: CT/CTA, MRI, MRA, PET y NCI/NPI (diagnóstico por imágenes cardíacas nucleares).	\$250 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Tratamiento del síndrome de lipodistrofia</b>	Tratamiento médico o farmacológico, como la cirugía reconstructiva (por ejemplo, lipectomía por succión asistida)	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
	Otros procedimientos de restauración, incluidas las inyecciones dérmicas o de relleno.	Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Terapia antibiótica de largo plazo para la enfermedad de Lyme</b>	Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP).	\$30 de <i>copago</i> por visita
	Visita al consultorio de un especialista.	\$55 de <i>copago</i> por visita
<b>Servicios de maternidad</b>	Visitas prenatales al consultorio para pacientes ambulatorias.	Usted abona el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
	Visitas posparto al consultorio para pacientes ambulatorias	Sin cargo por servicios que se consideran preventivos
<b>Fórmulas médicas</b>	Fórmulas enterales con y sin receta médica.	Consulte equipo médico duradero
<b>Suministros médicos</b>	Incluye insumos de ostomía, traqueostomía y oxígeno; e insumos para bombas de insulina.	Consulte equipo médico duradero
<b>Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias: pacientes ambulatorios+</b>	Visitas al consultorio <i>para pacientes ambulatorios.</i>	\$30 de <i>copago</i> por visita
	Tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) y servicios miembros para la dependencia de opioides	\$30

**Servicios cubiertos**

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

**Descripción****Su costo (costo compartido)**

<b>Orientación nutricional</b>	Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios por parte de un nutricionista registrado.	Nada
<b>Servicios de observación</b>	Si se le ingresa en estado de observación desde la sala de emergencias, se exime el copago de la sala de emergencias.	\$250 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios para atención médica (para evaluar y tratar una enfermedad o lesión)</b>	Visita al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP).	\$30 de <i>copago</i> por visita
	Visita al consultorio de un especialista.	\$55 de <i>copago</i> por visita
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Cirugía ambulatoria en un hospital o cirugía en un ambiente ambulatorio. (Incluye colonoscopías y endoscopias de diagnóstico).	\$250 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i>
<b>Odontología pediátrica++++ (Menores de 18 años)</b>	<p>Servicios Tipo I: prevención y diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación integral (una vez por odontólogo y por ubicación)</li> <li>• Exámenes orales periódicos (dos veces por ubicación del odontólogo cada 12 meses)</li> <li>• Evaluación oral limitada (dos por año calendario por paciente)</li> <li>• Evaluación oral para menores de 3 años de edad</li> <li>• Radiografía de la boca completa (una vez por ubicación del odontólogo cada 36 meses)</li> <li>• Radiografía panorámica (una vez por ubicación del odontólogo cada 36 meses)</li> <li>• Radiografías de mordida (dos por ubicación del odontólogo cada 12 meses)</li> <li>• Radiografía de un solo diente (cuando sea necesario)</li> <li>• Limpieza dental (dos veces cada 12 meses)</li> <li>• Tratamientos con flúor (una vez cada 3 meses)</li> <li>• Retenedores de espacio (cubierto)</li> <li>• Selladores (una vez por diente por ubicación del odontólogo cada 26 meses)</li> </ul>	Nada

## Servicios cubiertos

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

### Descripción

### Su costo (costo compartido)

	<p>Servicios Tipo II: servicios básicos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reparación de amalgama (una vez por diente por superficie cada 12 meses)</li><li>• Reparaciones de resinas compuestas (una vez por diente por superficie cada 12 meses)</li><li>• Recementación de coronas y recubrimientos (cubierto)</li><li>• Rebase de prótesis dentales (una vez cada 24 meses)</li><li>• Endodoncia en dientes permanentes (una vez por diente)</li><li>• Coronas de acero inoxidable prefabricadas (cuatro por paciente por día)</li><li>• Raspado y alisado radicular (una vez por cuadrante cada 24 meses)</li><li>• Extracciones simples (cubiertas).</li><li>• Extracciones quirúrgicas (cubiertas).</li><li>• Pulpotomía vital (limitada a los dientes deciduos)</li><li>• Apicectomía (una vez por diente permanente por única vez)</li><li>• Cuidados paliativos</li><li>• Anestesia (permitido con un procedimiento quirúrgico cubierto)</li></ul>	25 % de coseguro después del deducible
	<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>• Coronas de porcelana/cerámica (una vez en un plazo de 60 meses)</li></ul>	50 % de coseguro después del deducible
<b>Odontología pediátrica++++ (Menores de 18 años) (Continuación)</b>	<p>Servicios Tipo IV: ortodoncia (una vez en la vida)</p> <p>(Solo cubierto cuando es médicamente necesario; el paciente debe tener una maloclusión discapacitante según lo definido por el puntaje del Índice HLD de 28 y/o uno o más calificadores automáticos; requiere autorización previa)</p>	50 % de coseguro
<b>Oftalmología pediátrica (Menores de 18 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gafas tradicionales*: un par por año calendario</li><li>• Monturas tradicionales*: cubiertos una vez por año calendario</li><li>• Lentes de contacto: cubiertos una vez por año calendario, en lugar de las gafas</li></ul>	20 % de coseguro después del deducible
<b>Servicios de podología</b>	Cuidado no rutinario de los pies.	\$55 de copago por visita
	Pruebas de laboratorio y radiografías <i>para pacientes ambulatorios</i> .	Consulte Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas
	Cuidado de rutina de los pies para personas con diabetes.	Nada
<b>Medicamentos recetados</b> ☑☑☑	Nivel 1	\$30 de copago

## Servicios cubiertos

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

	Descripción	Su costo (costo compartido)
<b>De una farmacia de venta al por menor de la red: (suministro para hasta 30 días)</b>	Nivel 2	\$60 de copago por visita después del deducible
	Nivel 3	\$90 de copago por visita después del deducible
	Nivel 4	\$90 de copago por visita después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b> <b>De una farmacia de servicios por correo: (suministro de hasta 90 días)</b>	Nivel 1	\$60 de copago
	Nivel 2	\$120 de copago por visita después del deducible
	Nivel 3	\$270 de copago por visita después del deducible
	Nivel 4	\$270 de copago por visita después del deducible

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

<p><b>Servicios médicos preventivos</b></p> <p>El <i>plan</i> cubre ciertos servicios de salud preventivos sin costo compartido, definido 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 <i>plan</i> 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 el sitio web del <i>plan</i> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">wellsense.org</a> o el sitio web del gobierno federal en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a></p>	<p>Servicios médicos preventivos para niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes físicos en intervalos específicos desde el nacimiento hasta los 6 años.</li> <li>• Examen anual (6 años o mayor).</li> <li>• Inmunización preventiva.</li> <li>• Pruebas preventivas.</li> <li>• Pruebas y exámenes preventivos de audición (incluye pruebas de audición del recién nacido)</li> <li>• Exámenes de la vista preventivos (un examen por miembro cada 12 meses).</li> </ul> <p>Servicios médicos preventivos para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen físico anual.</li> <li>• Inmunización preventiva.</li> <li>• Pruebas y procedimientos de evaluación preventivos (incluye colonoscopías de detección).</li> <li>• Examen y pruebas de audición preventivas.</li> <li>• Exámenes de la vista preventivos (un examen por miembro cada 24 meses).</li> </ul> <p>Servicios médicos preventivos para mujeres, incluidas mujeres embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes ginecológicos anuales, incluido Papanicolaou de detección.</li> <li>• Cuidado prenatal de rutina, incluida una visita posparto.</li> <li>• Mamografías de detección.</li> <li>• Procedimientos de esterilización voluntaria.</li> <li>• Bombas sacaleche y suministros relacionados.</li> <li>• Planificación familiar.</li> </ul>	<p>Nada</p>
---	---	-------------

<b>Servicios cubiertos</b> Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte su EOC.	<b>Descripción</b>	<b>Su costo (costo compartido)</b>
<b>Dispositivos prostéticos</b>	Incluye pelucas (prótesis capilar) para la pérdida de cabello debido al tratamiento de cáncer o leucemia.	Consulte equipo médico duradero
<b>Terapias de rehabilitación</b>	Terapia <i>ambulatoria</i> física y ocupacional de corto plazo. <i>Límite de beneficios:</i> límite de 60 visitas combinadas por año de beneficios. (El límite de beneficios no se aplica a estos servicios cuando se brindan a <i>miembros</i> con trastorno del espectro autista o cuando reciben servicios de intervención temprana).	\$55 de <i>copago</i> por visita
<b>Segundas opiniones</b>	<i>Segundas y terceras opiniones para pacientes ambulatorios</i>	Consulte Visitas al consultorio para recibir atención médica para pacientes ambulatorios
<b>Servicios de terapia del habla y del lenguaje, y para trastornos de la audición (no hay límites aparte de que sean una necesidad médica)</b>	Visitas al consultorio para recibir atención médica para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte Visitas al consultorio para recibir atención médica para pacientes ambulatorios
	Terapia del habla para <i>pacientes ambulatorios</i> .	\$55 de <i>copago</i> por visita
	Pruebas de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Consulte Pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas
<b>Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular joint, TMJ)</b>	Radiografías, servicios de cirugía, terapia física o servicios de atención médica para <i>pacientes ambulatorios</i> .	Usted abona el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados.
<b>Atención de urgencia</b>		\$55 de <i>copago</i> por visita
<b>Servicios de la vista</b>	Exámenes de la vista y tratamiento (para tratar o diagnosticar una afección médica del ojo).	\$55 de <i>copago</i> por visita
	Exámenes de la vista preventivos: consulte "servicios médicos preventivos" arriba.	



## Servicios cubiertos

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

## Descripción

## Su costo (costo compartido)

### Servicios adicionales para miembros+++

#### ***¡Póngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico o el programa ¡Úselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico***

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.

Reembolso del 50 % en un dispositivo tecnológico para vestir, hasta \$50 por año limitado a un miembro por familia por año

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

#### **Weight Watchers®**

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

#### **Descuento en gafas para adultos**

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

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

### Incentivos para miembros

#### **Programa de incentivo para personas con diabetes**

Los miembros con diabetes recibirán una tarjeta de regalo de \$25 por completar lo siguiente dentro de un año calendario (o año del plan para los miembros inscritos a través de un grupo de empleadores).

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

#### **Programa de insulina VBID**

Los productos enumerados a continuación estarán disponibles en el nivel 1 de costo compartido (consulte los medicamentos recetados – farmacia minorista)

- Insulina Aspart
- Novolin R
- Novolin N
- Lantus
- Novolin 70/30

### Cobertura del recién nacido

Cobertura de gastos de enfermería de rutina para recién nacidos y atención de bienestar del recién nacido. Los recién nacidos deben estar inscritos en el *plan* dentro de los siguientes 30 días después de la fecha de nacimiento para que el *plan* cubra otros servicios *médicamente necesarios* prestados al recién nacido.

Nota: Mientras recibe ciertos servicios para *pacientes ambulatorios* (que pueden o no estar sujetos a *costo compartido*), también puede recibir otros *servicios cubiertos* que requieran *costo compartido* separado. (Por ejemplo, durante una visita a una consulta de servicios médicos 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/preventivas. Los servicios de maternidad prestados relacionados con complicaciones o riesgos con el embarazo pueden estar sujetos a costos compartidos.

✕ Los planes de salud calificados se ofrecen a través de MA Health Connector. Los planes Employer Choice Direct se ofrecen directamente desde WellSense Health Plan a las empresas de MA.

✕✕ La Red Select del QHP de WellSense Health Plan puede incluir diferentes *proveedores* de los que están en las *redes de proveedores* del *plan*. Cuando busque *proveedores de la red* en nuestro sitio web, asegúrese de buscar en la Red Select QHP de WellSense Health Plan.

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

+ El *plan* tiene contrato con *Carelon Behavioral Health (Carelon)* para administrar todos los servicios de salud mental y abuso de sustancias para los *miembros*. Para localizar a un *proveedor de la red* de salud mental o servicios de abuso de sustancias, visite nuestro sitio web [wellsense.org](http://wellsense.org) o llame a Carelon al 1-877-957-5600.

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

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

++++ El plan tiene un contrato con Delta Dental para administrar todos los servicios odontológicos pediátricos cubiertos para los miembros elegibles. Si necesita asistencia llame a Delta Dental al 1-844-260-6097.

\*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, pacientes con visión monocular y pacientes 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 QHP 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 prestador de salud indígena o tribal, o cuando su proveedor de salud indígena o tribal lo refiera a otro prestador. Massachusetts Health Connector determinará su elegibilidad para este beneficio cuando usted presente su solicitud de QHP. Además de verificar sus ingresos, Massachusetts Health Connector también puede pedirle la documentación para comprobar su estado AI/AN. Si usted califica, Massachusetts Health Connector nos enviará su información para que podamos compartirla con nuestros prestadores. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Massachusetts Health Connector o con el 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.

REQUERIMIENTO 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, deben tener 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 más información comuníquese con Connector al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio web de Connector ([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 2021, como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si usted compra este plan, cumplirá con el requisito legal de tener un seguro médico que se ajuste a dichos estándares.

Esta divulgación es para los estándares de cobertura mínima acreditable que están vigentes a partir del 1 de enero de 2021. Debido a que estos estándares pueden cambiar, revise cada año el material de su plan de salud para determinar si su plan cumple con los estándares más recientes. Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso se puede comunicar con la División de Seguros al (617) 521-7794 o puede visitar su sitio web en [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi).



# Multilanguage Interpreter Services

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجاناً. يرجى الاتصال  
(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 फोन करें। (HIN)

---

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

---

ចំណុចសំខាន់! ព័ត៌មាននេះគឺ ស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃ WellSense Health Plan របស់អ្នក។ យើងអាចបកប្រែវាសម្រាប់អ្នកដោយ  
ឥតគិតថ្លៃ។ 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)

---

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

---

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

---

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

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

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

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

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

Civil Rights Coordinator  
529 Main Street, Suite 500  
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)