



Resumen de beneficios de 2022

Nevada

Wellcare Giveback P3 (HMO)

H6446 | 003

Wellcare No Premium P3 (HMO)

H6446 | 001

Wellcare Assist P3 (HMO)

H6446 | 011

Sabemos lo importante que es tener un plan de salud con el que puede contar.

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO) y Wellcare Assist (HMO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestra página web en www.wellcare.com/allwellaz. Puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vive en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o por otro tercero.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H6446003000 Wellcare Giveback P3 (HMO) incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye.

H6446001000 Wellcare No Premium P3 (HMO) incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye.

H6446011000 Wellcare Assist P3 (HMO) incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el PCP elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/allwellnv. (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos.)

Nuestros planes también incluyen cobertura de medicamentos con receta médica y acceso a nuestra gran red de farmacias. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium P3 (HMO) y Wellcare Assist P3 (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos pueden ser más altos.

Usted puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y para planes con cobertura de medicamentos con receta médica, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta médica de la Parte D) en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellnv.

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en www.wellcare.com/allwellNV.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braille, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios para miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H6446003000 Wellcare Giveback P3 (HMO) incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye. H6446001000 Wellcare No Premium P3 (HMO) incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye. H6446011000 Wellcare Assist P3 (HMO) incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye.</p>		
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$28.40
Reducción de primas de la Parte B	Este plan ofrece un devolución de 74 dólares cada mes en su cheque de la Seguridad Social.	No está disponible	No está disponible
Deducible	No deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos recetados)	\$7,550 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$1,000 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$3,450 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$360 de copago por día para los días 1 al 5 • \$0 de copago por día para los días 1 a 5 • \$0 de copago por día para los días 91 y más *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y más *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y más *
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$275 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$50 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$275 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa al estado de observación a través de un centro para pacientes externos *	\$0 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. *	\$50 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.*

Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$225 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Consultas al médico			
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$40 de copago	\$0 de copago	\$10 de copago
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Cobertura de emergencia en todo el mundo	90\$ de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	120\$ de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	120\$ de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios necesarios de urgencia	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$20 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Cobertura para urgencias en todo el mundo	90\$ de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	120\$ de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	120\$ de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$ 0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$275 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *	\$0 de copago *	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$ 0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$50 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios de audición Examen auditivo Cubierto por Medicare	\$40 de copago *	\$0 de copago *	\$10 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año
Audífonos Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Asignación para audífonos Todos los tipos	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio Si su médico o otras órdenes del proveedor de atención médica Estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.	Lo que debe saber Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio si su médico o otras órdenes del proveedor de atención médica estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.	Lo que debe saber Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio si su médico o otras órdenes del proveedor de atención médica estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios dentales			
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	2 Limpiezas cada año	2 Limpiezas cada año	2 Limpiezas cada año
	1 Radiografías dentales cada 12 a 36 meses	1 Radiografías dentales cada 12 a 36 meses	1 Radiografías dentales cada 12 a 36 meses
	2 Exámenes orales cada año	2 Exámenes orales cada año	2 Exámenes orales cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año	1 cada año
Servicios comprensivos			
Cubierto por Medicare	\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	40% de coseguro *	40% de coseguro *	20% de coseguro *
	1 servicio (s) de diagnóstico cada año	1 servicio (s) de diagnóstico cada año	1 servicio (s) de diagnóstico cada año

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios de restauración	40% de coseguro *	40% de coseguro *	20% de coseguro *
	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses
Endodoncia/periodoncia/extracciones	40% de coseguro *	40% de coseguro *	20% de coseguro *
	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente
Servicios que no son de rutina	40% de coseguro *	40% de coseguro *	20% de coseguro *
	1 servicio (s) no rutinario todos los días hasta 24 meses	1 servicio (s) no rutinario todos los días hasta 60 meses	1 servicio (s) no rutinario todos los días hasta 60 meses

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	40% de coseguro * Las prótesis no están cubiertas 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida	40% de coseguro * 1 procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses	20% de coseguro * 1 procedimiento prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses
Información Dental Adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$2,000.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$4,000.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$4,000.
Servicios de la vista Examen de la Vista Cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	\$0 de copago *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) Copago de \$10 (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubiertas por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina			
Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/anteojos marcos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *	\$0 de copago contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *	\$0 de copago contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *
Asignación para anteojos	Hasta \$100 de asignación combinado cada año.	Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.	Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios de salud mental			
Consulta como paciente hospitalizado	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$360 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 1 a 5 *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 90 *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 90 *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	\$10 de copago	\$25 de copago
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	\$10 de copago	\$25 de copago
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • Copago de \$ 125 por día para los días 21 a 100 *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *
Servicios de terapia y rehabilitación física	\$40 de copago *	\$10 de copago *	\$35 de copago *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$40 de copago *	\$10 de copago *	\$35 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$30 de copago	\$0 de copago	\$30 de copago
Ambulancia Ambulancia terrestre	\$295 de copago *	\$200 de copago *	\$275 de copago *
Ambulancia aérea	\$295 de copago *	\$200 de copago *	\$275 de copago *
Servicios de transporte	<u>No</u> cubierto	Hasta 36 traslados de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *	Hasta 24 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
		<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p>	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Giveback (HMO) H6446, Plan 005	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado			
Deducible	\$250 para el nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), el nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 5 (Nivel de especialidad). Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	\$480 para el nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos de marcas no preferidas), de Nivel 5 (Nivel de especialidades) para medicamentos con medicamento recetado de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Giveback (HMO) H6446, Plan 005		Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001		Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)					
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4.230/\$4.430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.					
Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)					
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$3 / \$9 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$20 / \$60 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos.	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$141 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Giveback (HMO) H6446, Plan 005		Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001		Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90 / \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago	\$90 / \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago	42% / 42% de coseguro
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	28% de coseguro / No disponible	28% de coseguro / No disponible	33% de coseguro / No disponible	33% de coseguro / No disponible	25% de coseguro / No disponible
Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011			
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)						
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)						
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$0 / \$0 de copago	\$3 / \$9 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$20 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$ 37 / \$ 74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$ 37 / \$ 74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$94 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye los de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 copago	\$90/\$180 de copago	\$100 / \$300 copago	42% / 42% de coseguro	42% / 42% de coseguro

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003		Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001		Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 3: Periodo sin cobertura						
	<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>		<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para el nivel 1, el nivel 2 y para determinados medicamentos del nivel 6, usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>		<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,230, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, plan 003		Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001		Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas						
	Después de que sus costos de bolsillo anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 		Después de que sus costos de bolsillo anuales de bolsillo de medicina anuales (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 		Después de sus costos anuales de desembolso personal de medicina (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 	

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, al menudeo, en un centro de atención a largo plazo [Long Term Care, LTC]), infusión en el hogar, ya sea que la farmacia esté en nuestra red preferida o estándar o si la receta es un suministro para un plazo corto (suministro para 30 días) o para un plazo largo (suministro para 90 días).

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos genéricos sólo Sildenafil y Vardenafil en el nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis pastillas cada 30 días.

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D bajo Medicare, no están cubiertos por Ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$20 de copago *	\$0 de copago *	\$10 de copago *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$40 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$0 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un especialista cubierto por Medicare. \$0 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$10 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un especialista cubierto por Medicare. \$10 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$40 de copago Lo que usted debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	\$0 de copago Lo que usted debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	\$10 de copago Lo que usted debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.*

Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>		
Atención de agencia de salud en el hogar	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Comidas Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos”	<u>No cubierto</u>	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos”</p> <p>▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</p>	<p>\$0 de copago por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>▪ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</p>

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Comidas para pacientes con una afección crónica	<u>No</u> cubierto	<u>No</u> cubierto	Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica ▪ Lo que usted debe saber: Usted no paga nada por las comidas entregadas en el hogar como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de miembros con afecciones crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
 Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$40 de copago	\$0 de copago	\$10 de copago
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$10 cada tres meses Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos que cumplen con los requisitos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.	\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$70 cada tres meses Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos que cumplen con los requisitos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.	\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$135 cada tres meses Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos que cumplen con los requisitos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura. La cobertura incluye: Seguimiento de actividad y acondicionamiento Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura. La cobertura incluye: Seguimiento de actividad y acondicionamiento Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura. La cobertura incluye: Seguimiento de actividad y acondicionamiento Acondicionamiento físico

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.*

Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Adicional de rutina física anual	\$0 de copago Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.	\$0 de copago Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.	\$0 de copago Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Prestaciones complementarias especiales para Enfermedad crónica (SSBCI) Para calificar para estos beneficios usted debe alcanzar criterios específicos, incluyendo tener una afección crónica y se determina que ser elegible para la atención de alto riesgo Administración. Para obtener una lista completa de Criterios de elegibilidad, consulte el Evidencia de cobertura.	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas	Dispositivos de asistencia: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por trimestre para lista aprobada por el plan de dispositivos de asistencia para ayudar en el día a día vida. Limitaciones aplica. Se puede requerir una remisión *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Tarjeta Flex	<u>No</u> cubierto	Beneficio anual de \$500 Lo que usted debe saber: El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos desembolsos directos a un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.	Beneficio anual de \$1,000 Lo que usted debe saber: El beneficio de la tarjeta Flex es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir sus costos de desembolso directo a un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback P3 (HMO) H6446, Plan 003	Wellcare No Premium P3 (HMO) H6446, Plan 001	Wellcare Assist P3 (HMO) H6446, Plan 011
Servicios de apoyo a domicilio	<u>No</u> cubierto	<u>No</u> cubierto	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 12 consultas cada año.</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p>

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.*

Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totoġi. Vala’au le Member Services numerā lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📄 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

📄 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📄 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📄 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📄 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

📞 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8023

🖥️ O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8024

🖥️ O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

📞 1-844-582-5177

🖥️ O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

📅 Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

📅 Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-277-6583 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite www.wellcare.com/allwellaz o llame al 1-866-277-6583 (Teletipo (TTY): 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las normas importantes

- Para los planes con prima del plan (No se aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de la prima mensual del plan, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- Sólo para los planes HMO:** Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Sólo para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- Solo para planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califique.
- Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Sin costo al 1-866-277-6583 (TTY 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

Horario de atención

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

En línea: www.wellcare.com/allwellnv

**Estamos con nuestros miembros a cada paso
del camino.**

Centene, Inc. es un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.