



Resumen de beneficios de 2022

Nevada

Wellcare dual Access P3 (HMO D-SNP)

H6446 | 014

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

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) 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 paga de otra manera por Medicaid o por otro tercero.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes 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.

También debe estar inscrito en el plan de Medicaid de Nevada. Las primas, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar con base en la categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Su prima de la Parte B es pagada por el estado de Nevada para los afiliados completos. Por favor comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Comprender la elegibilidad doble

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos debido a que el estado proporciona cobertura adicional de atención médica y apoyo financiero con base en su nivel de ayuda del programa de ahorros de Medicare (MSP).

La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

Plan de necesidades especiales duales elegibles (DSNPs) son planes especializados de Medicare Advantage que proporcionan beneficios de atención médica para beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y recursos con la elegibilidad y el alcance de los beneficios ofrecidos determinado por el estado en el que se ofrece el plan.

Niveles de Medicare Savings Program (MSP)

- **Beneficio completo doble elegible (FBDE):** Medicaid puede pagar por sus primas, deducibles, coaseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +))
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Medicaid absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB +)
- **Persona calificada (QI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare
- **Qualified Disabled Working Individual (QDWI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte A de Medicare

Nota Algunos niveles de MSP califican automáticamente para "Ayuda adicional" para la asistencia de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Algunos Estados no cubren los costos compartidos de las Partes A & B.

¿Qué es "Ayuda adicional"?

Una asignación por bajos ingresos (LIS), también conocido como "Ayuda adicional", puede estar disponible para ayudarle con gastos de desembolso directo de la Parte D, tales como primas, deducibles, coaseguro o copagos. Muchas personas califican para el programa de "Ayuda adicional" y ni siquiera lo saben. Tenga en cuenta que la asistencia también puede depender de su nivel de Medicare Savings Program (MSP) y su estado de elegibilidad doble.

Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que aparece en la contraportada de este documento.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como de Medicare.

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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) tiene 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 utiliza proveedores

que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

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/allwellny.

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/allwellny.

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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Clark y Nye.
Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales	Este plan incluye (FBDE, QMB, QMB +). Consulte "niveles de Medicare Savings Program (MSP)" al principio de este documento
Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y / o el nivel de Ayuda adicional que reciba.	
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0
Deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$0 de copago *
consultas al médico	
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 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
Atención de emergencia	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo 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	\$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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo 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
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *
Servicios de audición	
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago * 1 examen al 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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
Audífonos	
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación de audífonos.	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos.	\$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales	
Servicios preventivos	\$0 de copago * Limpiezas 2 cada año Rayos x dentales 1 cada 12 a 36 meses. 2 exámenes orales cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago * 1 cada año
Servicios integrales cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por cada servicio cubierto 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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago * 1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago * 1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	\$0 de copago * 1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago * 1 servicio(s) no rutinario(s) todos los días hasta los 60 meses
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	\$0 de copago * 1 procedimiento de la 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 \$4,000.
Servicios de la vista Examen de la Vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/marcos de anteojos Asignación para anteojos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año * Hasta \$300 de asignación combinada cada año.
Servicios de salud mental	
consulta como paciente hospitalizado	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *

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

Beneficios

	Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Servicios de terapia y rehabilitación	
Fisioterapia	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
Ambulancia	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
Servicios de transporte	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) * Lo que usted debe saber: 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
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Medicamentos quimioterapéuticos	\$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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Otros medicamentos de la Parte B	\$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.*

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta	
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
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 \$4,430. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "Ayuda adicional". 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.	
Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días / 90 días)	
	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas -incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
	Estándar
<p>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).</p>	<p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días</p>
<p>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)).</p>	<p>Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
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
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas -incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
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).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% de marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% de marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
	Preferido	Estándar
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)).	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Etapa 3: Periodo sin cobertura		
	Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.	
Etapa 4: Cobertura de catástrofes		
	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o • Copago de \$9.85 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 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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$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.
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 *

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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
Comidas Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Comidas debido a una afección crónica	Copago de \$0 por cada comida debido a una afección crónica <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del 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)	\$0 de copago *
Prótesis	\$0 de copago *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<p>\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$195 cada tres meses</p> <p>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.</p>
<p>Programas de bienestar</p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: 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 de consumir tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Dispositivo personal de respuesta médica de emergencia (PERS)	\$0 de copago

Wellcare Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
<p>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI) Para calificar para estos beneficios, debe cumplir con criterios específicos, incluido tener una afección crónica que califique y determinar que es elegible para atención de alto riesgo.</p>	<p>Dispositivos de asistencia: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por trimestre para la lista de dispositivos de asistencia aprobados por el plan para ayudar en la vida diaria. Aplican limitaciones.</p> <p>Acompañante robótico: Usted paga \$0 de copago Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.</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 Dual Access P3 (HMO D-SNP) H6446, Plan 014	
Administración. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la evidencia de cobertura.	<p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>
Tarjeta Flex	<p>\$1,000 beneficio anual</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El beneficio de la tarjeta Flex card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de desembolso directo en un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>

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

Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales

Los beneficios descritos en la sección de primas y beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro plan Medicare Advantage. Para cada beneficio enumerado, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de beneficios depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad de Medicaid, Allwell dual Medicare Harmony P3 (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección de primas y beneficios del Resumen de beneficios. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Nevada Medicaid al número gratuito 1-877-638-3472 (TTY: 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://www.medicaid.nv.gov/contactinfo.aspx>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Nevada, visite <https://www.medicaid.nv.gov/contactinfo.aspx> o llame a servicios al miembro para obtener ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Nevada en el Resumen de servicios de Nevada en línea en <https://www.medicaid.nv.gov/contactinfo.aspx>

¿Qué beneficios están cubiertos?
• Transporte de ambulancia/emergencia
• Control anticonceptivo/planificación familiar
• Dental (la mayoría de los adultos: atención de emergencia únicamente; mujeres embarazadas calificadas: algunos beneficios periodontales; niños: cobertura total y ortodoncia limitada)
• Suministros médicos desechables
• Equipo Médico Durable
• consultas al médico
• Sala de emergencias
• Exámenes de la vista y anteojos
• Healthy Kids (servicios de salud preventiva para niños hasta los 21 años de edad)
• Pruebas de audición
• Cuidado de la salud en el hogar
• Cuidados paliativos
• Atención hospitalaria
• Servicios de laboratorio y radiología
• Atención de maternidad
• Servicios de salud mental/ Abuso de sustancias
• Servicios de parteras
• Servicios de hogar de ancianos
• Nutricionista
• Servicios de terapia ocupacional

¿Qué beneficios están cubiertos?

• Aparatos ortopédicos y prótesis
• Medicamentos de venta libre con receta médica
• Servicios de atención personal
• Servicios de fisioterapia
• Podiatría
• Medicamentos con receta
• Pruebas de detección preventivas
• Enfermería privada
• Especialistas
• Servicios del habla y la audición
• Dejar de fumar
• Servicios de transporte (el transporte que no es de emergencia no es un beneficio de NCU).
• Vacunas
• Programas de exención: Ayuda a las personas con necesidades especiales (ancianos/personas con discapacidades físicas e intelectuales, por ejemplo) a permanecer en sus comunidades. Se deben cumplir los requisitos de elegibilidad y los servicios no son un derecho (no es un beneficio regular).

Esta sección le brinda más información acerca de los beneficios.

Transporte de ambulancia/emergencia

En usted tiene una emergencia médica, llame al 911 para una ambulancia. Medicaid y NCU (Nevada Check up) cubrirán los servicios de ambulancia aérea y terrestre en una emergencia.

Control anticonceptivo/planificación familiar

Hable con su médico o clínica sobre la planificación familiar. Usted puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor que acepte Medicaid y NCU. No necesita una remisión. Usted puede obtener algunos tipos de control de la natalidad en el consultorio de su médico. Para otros, su médico le escribirá una receta médica. Estas formas de control anticonceptivo están cubiertas por Medicaid y NCU:

- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Cremas
- Diafragmas
- Espumas anticonceptivas
- DIU
- Vacunas (ej. Depo-Provera)
- Esponjas

Beneficios dentales

Adultos (únicamente Medicaid): Emergencia, paliativo, alguna atención protésica; mujeres embarazadas calificadas: beneficios para adultos y algunos beneficios expandidos. Los niños (menores de 21 años) obtienen cobertura total, con algunos (limitados) ortodoncia. Los dentistas necesitan aprobación previa de Medicaid o NCU para algunos de los beneficios.

Suministros médicos desechables, equipo médico duradero, aparatos ortopédicos y prostéticos

Medicaid y NCU cubren muchos suministros médicos ordenados por su médico por una razón médica. Por ejemplo, algunos suministros que pueden estar cubiertos son:

- Suministros para incontinencia (pañales para adultos)
- Silla de ruedas, bastones, muletas y andadores
- Aparatos ortopédicos prostéticos
- Suministros de cuidado de heridas
- Bomba de insulina
- Oxígeno

Hable con su médico si necesita suministros médicos. Es posible que su médico le escriba una receta médica para que la lleve a una compañía de suministros médicos. El proveedor médico debe obtener una aprobación previa de Medicaid y NCU para algunos artículos.

consultas al médico

Medicaid y NCU pagan para que usted consulte a un médico o visite una clínica de atención de urgencia cuando tenga problemas de salud. Es importante que consulte a su médico de atención primaria siempre que sea posible para un tratamiento regular para que tenga un historial médico actualizado. Si es necesario, su médico puede referirlo a un especialista.

Sala de emergencias

Llame al 911 en caso de emergencia, o diríjase a la sala de emergencias de inmediato. Deberá llamar a su médico cuando termine la emergencia. Su médico debe proporcionar cualquier atención de seguimiento que necesite después de la emergencia. Si no se trata de una emergencia y su proveedor de atención primaria no está disponible, diríjase a una clínica de atención de urgencia.

Exámenes de la vista y anteojos

Medicaid/NCU cubre la atención de enfermedades oculares, cirugía ocular que es médicamente necesaria, exámenes de la vista y anteojos con receta médica. Medicaid paga por los exámenes de la vista y anteojos sólo una vez cada 12 meses. Su proveedor le mostrará los marcos que usted puede elegir de los que están cubiertos en su totalidad. Si elige marcos más costosos, debe pagar la diferencia entre lo que Medicaid y NCU pagan y el costo de los marcos que ha elegido. Asegúrese de firmar un acuerdo por adelantado si va a pagar por los marcos más costosos. Medicaid/NCU no cubre los lentes de contacto, excepto en ciertos casos, cuando son médicamente necesarios.

Healthy Kids o diagnóstico y tratamiento de detección periódica temprana (EPSDT)

Healthy Kids, también conocido como EPSDT, es un beneficio especial para los niños en Medicaid/NCU. Algunos problemas empiezan antes de que su hijo (a) se vea o se sienta enfermo. Su médico puede encontrar y tratar estos problemas temprano, antes de que se conviertan en serios, con exámenes regulares de "niño sano". Healthy Kids también cubre exámenes dentales. Casi todos desde el nacimiento hasta los 20 años de edad que reciben Medicaid/NCU pueden recibir servicios cubiertos por Healthy Kids. Estos servicios incluyen:

- Exámenes de niño sano por el médico de su hijo (a). Este es un examen de la cabeza a los pies, que incluye antecedentes de salud, hábitos alimenticios, exámenes de la vista y la audición, evaluación de salud mental y un control de crecimiento y desarrollo;
- Vacunas (vacunas) para mantener a su hijo sano;
- Exámenes dentales. Un examen completo y limpieza (cubierto hasta los 20 años de edad) dos veces al año o con más frecuencia si el dentista de su hijo lo recomienda;
- Tratamiento con flúor y sellantes;
- Tratamiento y atención de seguimiento si se encuentra un problema de salud durante un examen;
- Pruebas de detección de conductores y otras pruebas de laboratorio; y
- Si es necesario, transporte gratuito a cualquier cita médica aprobada por Medicaid. (No aplica a los beneficiarios de NCU).

¿Cuándo debe su hijo realizarse un examen de niño sano?

- Recién nacidos: tan pronto como sea posible después del nacimiento
- Bebés: en uno, dos, cuatro, seis, nueve y 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- Niños pequeños a adultos jóvenes (de 3-20 a años de edad) cada año

Pruebas de audición

Las pruebas de audición para recién nacidos se incluyen en la estadía en el hospital neonatal. Las pruebas de audición de la niñez son parte de un examen Healthy Kids/EPSDT. Otros exámenes auditivos están cubiertos tanto para niños como para adultos, si son médicamente necesarios.

Servicios basados en la comunidad y en el hogar

Estos servicios le ayudan a recibir la atención médica que necesita para que pueda permanecer en su hogar. Incluyen atención médica diurna para adultos, servicios de atención personal, atención médica en el hogar, enfermería privada y hospitalización parcial. Estos servicios son para personas que necesitan asistencia porque tienen enfermedades continuas de salud mental. Si necesita estos servicios, deberá realizarse una evaluación para asegurarse de que usted o su ser querido cumpla con los requisitos de elegibilidad y que sean médicamente necesarios.

Cuidado de la salud en el hogar

La atención médica en el hogar es para las personas que necesitan servicios especiales en el hogar como enfermería especializada, terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla. Si considera que necesita atención médica en el hogar, hable con su médico. Su médico presentará una orden a una agencia de salud en el hogar de su elección que esté inscrito en Medicaid. La Agencia de salud en el hogar se comunicará con Medicaid o NCU para su aprobación previa.

Cuidados paliativos

Los servicios de cuidados paliativos pueden brindarle a usted o a un familiar apoyo y consuelo cuando alguien está al final de su vida. El centro de cuidados paliativos se encarga de sus necesidades físicas, emocionales y espirituales en un centro de cuidados paliativos especializado, un centro de enfermería, un centro de atención intermedia (ICF) o en su hogar. Los diferentes tipos de especialistas pueden ayudar a su familia a lidiar con las etapas finales de la enfermedad, la muerte y el duelo.

Atención hospitalaria

La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios está cubierta. Antes de que usted utilice los servicios hospitalarios, obtenga una referencia de su médico.

Servicios de laboratorio y radiología

Los servicios de laboratorio y radiología (rayos X) están cubiertos; se pueden hacer en el consultorio de su médico, o su médico le puede referir a otra clínica, laboratorio u hospital.

Atención de maternidad

Si cree que está embarazada, consulte a un médico tan pronto como sea posible. La atención de maternidad temprana le ayudará a dar a luz a un bebé saludable. Usted puede optar por consultar a un especialista como un médico obstétrico/ginecológico (OB/GYN) o una enfermera obstétrica certificada. Medicaid cubre cesáreas médicamente necesarias pero no paga por cesáreas hechas para la conveniencia de la madre o del médico. Los servicios cubiertos incluyen:

- consultas prenatales, trabajo de laboratorio y pruebas necesarias (como ultrasonido)
- La estadía en el hospital
- Trabajo de parto y parto
- El examen médico de segunda y/o sexta semana después del nacimiento
- Anestesia (tratamiento del dolor)
- Control anticonceptivo/planificación familiar

Usted puede permanecer en el hospital hasta 72 horas después de un parto normal y hasta 96 horas después de una cesárea. Usted puede elegir una estadía más pequeña si usted y su médico están de acuerdo. Su bebé puede estar cubierto por Medicaid durante el primer año de vida si puede obtener Medicaid cuando nazca su bebé.

Comuníquese con su asistente social de DWSS tan pronto como sea posible para reportar el nacimiento de su bebé.

Para que su bebé esté cubierto por los servicios de NCU desde su nacimiento, debe notificar a DWSS dentro de los siguientes 14 días después de la entrega. Si usted tiene cobertura temporal para el recién nacido y están calificadas para NCU, la cobertura comenzará el primer día del siguiente mes administrativo. Por ejemplo, si su bebé nace el 15 de septiembre, y la madre tiene otra cobertura de seguro por 30 días (hasta el 15 de octubre), el recién nacido no se inscribirá en NCU hasta el 1 de noviembre. Su recién nacido no puede recibir cobertura con fecha anterior a la inscripción actual previamente realizada de otro miembro de la familia. Su hijo (a) puede permanecer cubierto por NCU si el padre cumple con el requisito de ingreso anual, mantiene los pagos de la prima actuales y el niño cumple con otros requisitos de elegibilidad.

Servicios de parteras

Usted puede optar por usar una partera durante su embarazo. Usted debe elegir una partera certificada y autorizada que sea un proveedor de Medicaid o NCU. Algunas parteras certificadas pueden entregar bebés en un centro de maternidad o en el hospital, en caso de una emergencia durante el parto.

Servicios de salud mental/ Abuso de sustancias

Estos son beneficios que puede recibir para tratar un trastorno de salud conductual agudo (de corto plazo) o crónico (que continúa por mucho tiempo). Algunos de estos servicios incluyen:

- Servicios para pacientes hospitalizados/ambulatorios
- Evaluaciones psiquiátricas
- Administración de medicamentos
- Pruebas psicológicas
- Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias y alcohol para pacientes hospitalizados
- Terapia individual y grupal
- Atención de emergencia hospitalaria
- Intervención en crisis
- Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias y alcohol para pacientes ambulatorios

Servicios de hogar de ancianos

Los centros de enfermería proporcionan servicios de atención médica las 24 horas a las personas que tienen problemas médicos o lesiones que no se pueden manejar en el hogar. Si usted o un miembro de su familia tiene incapacidades cognitivas (problemas relacionados con la memoria, percepción, juicio y razonamiento) o incapacidades conductuales, un centro de enfermería puede brindarle ayuda. Esta asistencia le puede ayudar con la atención médica, atención de enfermería, servicios de rehabilitación y manejo psicosocial o una combinación de esos servicios.

Los servicios de un centro de enfermería fuera del estado se ofrecen a los residentes cuando:

- Usted no puede ser colocado en un centro de enfermería de Nevada;
- Usted vive en o cerca de una frontera de Nevada y es más práctico para usted recibir servicios médicos de un proveedor fuera del estado.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional ayuda a mejorar su afección médica o le ayuda a aprender o reaprender una tarea después de enfermedades graves, lesiones o discapacidades. La orden de su médico debe presentarse a un terapeuta ocupacional que acepte Medicaid o NCU.

Medicamentos de venta libre

Si su médico se los receta, puede obtener medicamentos de venta libre, como antiácidos, aspirina, acetaminofén y medicamentos para la tos, resfriados y alergias. Lleve la receta médica a la farmacia y Nevada Medicaid pagará por el medicamento.

Servicios de atención personal

El programa de servicios de atención personal ayuda a las personas con discapacidades o enfermedades de larga duración a vivir de manera independiente en su hogar. Estos servicios son para personas que no tienen a alguien legalmente responsable para ayudarlos. Un asistente de atención personal (PCA) ayuda a las personas con tareas como bañarse, vestirse e ir al baño, y también puede ayudar con la preparación de comidas, comprar cosas esenciales como comida, lavandería y limpieza ligera. El tipo de servicio y el número de horas permitidas se basan en la necesidad médica. Un terapeuta físico u ocupacional realizará una evaluación.

Fisioterapia

Usted puede recibir fisioterapia para algunas enfermedades, lesiones o discapacidades graves si mejora su afección médica. Su médico debe ordenarlo, quien autorizará a un fisioterapeuta que acepte Medicaid o NCU.

Medicamentos con receta

Medicaid y NCU cubren muchos medicamentos con receta médica. Algunas recetas médicas requieren autorización previa. Hay una lista de medicamentos preferidos para que su médico elija. Las recetas médicas para la pérdida de peso y los medicamentos que utiliza por razones cosméticas y experimentales no están cubiertas. Si usted está en Medicare y Medicaid, la mayoría de sus recetas médicas deben ser proporcionadas por Medicare. Medicaid cubrirá los artículos que Medicare puede no cubrir, incluidos algunos medicamentos de venta libre.

Enfermería privada

El cuidado privado de enfermería puede ayudarle a obtener más atención individual y continua que la de un enfermero consultante. El programa le ayuda a mantenerse en casa de manera segura en lugar de en un centro como un hogar de ancianos. Usted debe tener una orden del médico para la enfermería privada.

Servicios del habla y la audición

Si tiene problemas graves de habla o audición, consulte a su médico. Su médico puede referirlo a un terapeuta del habla o a un audiólogo. Algunos servicios cubiertos por Medicaid o NCU son:

- Exámenes de audición
- Audífonos
- Baterías para audífonos
- Terapia del habla

Dejar de fumar

Los productos para ayudarle a dejar de consumir tabaco están cubiertos. Debe obtener una receta médica de su médico y llevarla a una farmacia. Los medicamentos con receta médica y de venta libre, como parches y pastillas, están cubiertos. También lo es la asesoría para dejar de fumar, como parte de una consulta al consultorio de su médico.

Servicios de transporte (no de emergencia)

Medicaid proporciona viajes a citas médicas, llamadas transporte que no es de emergencia (NET). Este servicio se proporciona a través de una compañía de transporte con la que tiene contrato Medicaid.

El transporte no está cubierto para los beneficiarios de NCU. Puede obtener paseos para que lo traten por un servicio cubierto por Medicaid. Debe hacer los arreglos para los paseos con un mínimo de cinco días de anticipación. La compañía puede ayudarle a obtener transporte público. Para viajes de atención de urgencia, la compañía de transporte debe proporcionarle un transporte el mismo día que usted llame. Si tiene que cancelar la cita con su médico, por favor recuerde cancelar su transporte. El consultorio del médico no lo cancelará por usted. Se requiere autorización previa por parte de la compañía de transporte.

Vacunas

Todas las vacunas para niños y adultos médicamente recomendadas están cubiertas.

Programas de exención

Si usted tiene necesidades especiales, puede calificar para obtener más beneficios a través de programas de exención. Las exenciones permiten que Medicaid pague el apoyo y los servicios para ayudarle y, como resultado, puede permitirle vivir de manera segura en su propio hogar o en la comunidad, en lugar de en un centro de enfermería u otra institución. Los servicios de exención incluyen:

- Sistemas de respuesta de emergencia
- Servicios de ama de casa
- Hogares colectivos
- Centros de tratamiento diurno
- Atención diurna para adultos
- Apoyo familiar
- Comidas entregadas a domicilio
- Cuidado de relevo para los miembros de la familia que necesitan un descanso del cuidado de los miembros de la familia discapacitados o ancianos

Estos programas son para personas que cumplen con los requisitos del programa, como las personas mayores o que tienen discapacidades físicas o intelectuales. Hay un número establecido de personas que pueden estar en estos programas. Para obtener información acerca de cómo presentar una solicitud para uno de los programas de exención, llame a la oficina del distrito de Medicaid en su área.

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 numera 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 nuestras normas y beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-888-293-5151 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos, 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 disponibles 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 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos, 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 usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto 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 planes con una prima del plan (no aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su 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.
- **Únicamente para planes HMO:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- **Únicamente para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- **Únicamente para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- **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 usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Sin costo al 1-866-277-6583 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos, 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 8:00p. 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.