



Resumen de beneficios de 2022

Nevada

Wellcare No Premium Open (PPO)

H8458 | 001

Wellcare No Premium Open (PPO)

H8458 | 003

Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

H8458 | 002

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 de salud cubiertos por Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare No Premium Open (PPO), y Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) desde el 1 de enero de 2022 al 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 (EOC). Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio 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:

H8458001000 Wellcare No Premium Open (PPO) incluye el Condado de Clark en Nevada.

H8458003000 Wellcare No Premium Open (PPO) incluye estos condados en Nevada: Lyon y Washoe.

H8458002000 Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) incluye el Condado de Clark en Nevada.

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 proveedores preferidos (PPO) Disfrutará de la libertad y flexibilidad para acceder a su atención médica donde la desee y cuando la desee. Usted puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el país que acepte verlo como miembro de Medicare, pero por lo general pagará menos cuando utilice proveedores contratados en nuestra red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado.

Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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 No Premium Open (PPO), Wellcare No Premium Open (PPO), y Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) 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 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/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 No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H8458001000 Wellcare No Premium Open (PPO) incluye el Condado de Clark en Nevada. H8458003000 Wellcare No Premium Open (PPO) incluye estos condados en Nevada: Lyon y Washoe. H8458002000 Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) incluye el Condado de Clark en Nevada</p>		
Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.			
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$0
Reducción de primas de la Parte B	No está disponible	No está disponible	Este plan ofrece una devolución de 100 dólares cada mes en su cheque de la Seguridad Social.
Deducible	No deducible	No deducible	No deducible

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$7,550 dentro de la red al año \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.	\$4,900 dentro de la red anualmente \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.	\$7,550 dentro de la red al año \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 al 90 • Copago de \$0 por día para los días 91 al 120 * Fuera de la red Días 1-120: 35% de coaseguro por estadía.	Dentro de la red Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$325 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 al 90 • Copago de \$0 por día para los días 91 al 120 * Fuera de la red Días 1-120: 40% de coaseguro por estadía.	Dentro de la red Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$340 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 al 90 * Fuera de la red Días 1-90: 20% de coaseguro por estadía.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p>Dentro de la red \$275 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p>Dentro de la red \$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$300 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$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 ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	Dentro de la red \$250 de copago *	Dentro de la red \$150 de copago *	Dentro de la red \$250 de copago *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Consultas al medico Proveedores de atención primaria	Dentro de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Especialistas	Dentro de la red \$30 de copago	Dentro de la red \$30 de copago	Dentro de la red \$40 de copago
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
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 (incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas)	Dentro de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago
	Fuera de la red \$0 de copago	Fuera de la red \$0 de copago	Fuera de la red \$0 de copago

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Atención de emergencia	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
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.	\$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.	\$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.
Servicios necesarios de urgencia	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$40 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.*

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
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.	\$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.	\$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.
Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.
Servicios de laboratorio	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$40 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$40 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$300 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *	Dentro de la red \$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. *	Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$350 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Radiología terapéutica	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Servicios de audición Examen auditivo cubierto por Medicare	Dentro de la red \$30 de copago *	Dentro de la red \$30 de copago *	Dentro de la red \$40 de copago *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Examen de audición de rutina	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
	1 examen al año	1 examen al año	1 examen al año

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Audífonos			
Ajuste/evaluación de audífonos	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
	1 prueba(s)/ evaluación(es) cada año	1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año	1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación de audífonos	Hasta un \$4,000 asignación para ambas orejas combinadas cada año para audífonos	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$700 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
	Limitado a 2 audífonos cada año	Limitado a 2 audífonos cada año	Limitado a 2 audífonos cada año

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio Si su médico u otro tipo de proveedor de la salud ordena 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 u otro tipo de proveedor de la salud ordena 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 u otro tipo de proveedor de la salud ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios dentales			
Servicios preventivos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro Limpiezas 2 cada año Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses Exámenes orales 2 cada año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro Limpiezas 2 cada año Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses Exámenes orales 2 cada año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 70% de coseguro Limpiezas 2 cada año Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses Exámenes orales 2 cada año
Tratamiento con flúor	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro 1 cada año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro 1 cada año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 70% de coseguro 1 cada año

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	Dentro de la red \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	Fuera de la red 35% de coseguro por cada Servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 50% de coseguro 1 diagnóstico servicio(s) cada año	Fuera de la red 40% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 50% de coseguro 1 diagnóstico servicio(s) cada año	Fuera de la red 40% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red 40% de coseguro * Fuera de la red 70% de coseguro 1 diagnóstico servicio(s) cada año
Servicios de restauración	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 50% de coseguro 1 reconstituyente servicio(s) cada 12 a 84 meses	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 50% de coseguro 1 restaurativo servicio(s) cada 12 a 84 meses	Dentro de la red 40% de coseguro * Fuera de la red 70% de coseguro 1 restaurativo servicio(s) cada 12 a 84 meses

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 50% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 50% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>
Servicios que no son de rutina	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 50% de coseguro</p> <p>1 no rutinario servicio(s) diario(s) a 60 meses</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 50% de coseguro</p> <p>1 no rutinario servicio(s) diario(s) a 60 meses</p>	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 no rutinario servicio(s) diario(s) a 60 meses</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 50% de coseguro</p> <p>1 Prótesis procedimiento 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</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 50% de coseguro</p> <p>1 Prótesis procedimiento 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</p>	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 Prótesis procedimiento 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</p>
Información Dental Adicional	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios de la vista Examen de la Vista cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 35% de coseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 40% de coseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 40% de coseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Detección de glaucoma	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Anteojos cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Anteojos de rutina	<p>Dentro de la red Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o , arcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Asignación para anteojos	Hasta \$300 de asignación combinado cada año.	Hasta una asignación combinada de \$300 cada año.	Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios de salud mental			
Consulta como paciente hospitalizado	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 35% de coseguro por estadía.</p>	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$325 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 al 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 40% de coseguro por estadía.</p>	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día para los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 <p>*</p> <p>Días de fuera de la red 1-90: 40% de coseguro por estadía.</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (enfermería)	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$188 de copago por día, para los días 21 a 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-100: 35% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$188 de copago por día, para los días 21 a 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-100: 40% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$188 de copago por día, para los días 21 a 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-100: 40% de coseguro por período de beneficios.</p>
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios de rehabilitación pulmonar	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 35% de coseguro	Dentro de la red \$30 de copago Fuera de la red 40% de coseguro	Dentro de la red \$20 de copago Fuera de la red 40% de coseguro
Ambulancia Ambulancia terrestre	Dentro de la red \$250 de copago * Fuera de la red \$250 de copago	Dentro de la red \$275 de copago * Fuera de la red \$275 de copago	Dentro de la red \$250 de copago * Fuera de la red \$250 de copago
Ambulancia aérea	Dentro de la red \$250 de copago * Fuera de la red \$250 de copago	Dentro de la red \$275 de copago * Fuera de la red \$275 de copago	Dentro de la red \$250 de copago * Fuera de la red \$250 de copago
Servicios de transporte	Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos quimioterapéuticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Otros medicamentos de la Parte B	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Giveback Open (PPO) H0088, Plan 002		
Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado OR medicamento con receta					
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	<u>No</u> cubierto		
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. 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	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$7 / \$21 de copago	\$12 / \$36 de copago	\$7 / \$21 de copago	\$12 / \$36 de copago	<u>No</u> cubierto
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	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001		Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003		Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	<u>No</u> cubierto
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).	33% coaseguro / No disponible	33% coaseguro / No disponible	33% coaseguro / No disponible	33% coaseguro / No disponible	<u>No</u> cubierto
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	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Giveback Open (PPO) H0088, Plan 002		
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	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$7 / \$0 de copago	\$12 / \$36 de copago	\$7 / \$0 de copago	\$12 / \$36 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001		Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003		Wellcare Giveback Open (PPO) H0088, Plan 002
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca de costo elevado y medicamentos genéricos. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	33% coaseguro / No disponible	33% coaseguro / No disponible	33% coaseguro / No disponible	33% coaseguro / No disponible	<u>No</u> cubierto
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	<u>No</u> cubierto
Etapa 3: Etapa del 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.		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.		<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001		Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003		Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Etapa 4: Cobertura de catástrofes					
	Después de que sus costos de bolsillo anuales medicamentos (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 copago 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 desembolso anual de medicamentos (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 copago por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 		<u>No</u> cubierto

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 No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Acupuntura Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$30 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 35% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un PCP. Coseguro del 35% para Acupuntura cubierta por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$30 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un PCP. Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$40 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un PCP. Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
	recibido en una oficina de especialistas. 35% de coaseguro por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	recibido en una oficina de un especialista. Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	recibido en una oficina de un especialista. Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red \$30 de copago</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p> <p>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.</p>	<p>Dentro de la red \$30 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>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.</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>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.</p>
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 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>		

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Atención de agencia de salud en el hogar	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Comidas Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos Lo que debe lo saben: Usted no paga nada por comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de un Hospitalización quedarse para ayudar a recuperación con una máximo de 3 comidas al día para hasta 14 días.	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos 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.	<u>No cubierto</u>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Comidas para pacientes con una afección crónica	<u>No</u> cubierto	Copago de \$0 por cada comida crónica 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.	<u>No</u> cubierto
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Prótesis	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Suministros para diabéticos	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Dentro de la red \$30 de copago	Dentro de la red \$30 de copago	Dentro de la red \$40 de copago
	Fuera de la red 35% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro	Fuera de la red 40% de coseguro

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	<p>\$0 de copago El total máximo del beneficio es de \$50 cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los miembros pueden comprar artículos elegibles de los locales participantes o a través del catálogo del plan para ser enviado a su casa.</p>	<p>\$0 de copago El total máximo del beneficio es de \$60 cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los miembros pueden comprar artículos elegibles de los locales participantes o a través del catálogo del plan para ser enviado a su casa.</p>	<p>\$0 de copago El total máximo del beneficio es de \$35 cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los miembros pueden comprar artículos elegibles de los locales participantes o a través del catálogo del plan para ser enviado a su casa.</p>
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	<p>Para obtener la lista detallada de los beneficios que el programa de bienestar ofrece, por favor, consulte la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener la lista detallada de los beneficios que el programa de bienestar ofrece, por favor, consulte la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Tracker de actividad y física Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener la lista detallada de los beneficios que el programa de bienestar ofrece, por favor, consulte la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Tracker de actividad y física Acondicionamiento físico</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
	<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>	<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>	<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 tabaquismo y cesación del tabaco asesoramiento	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 001	Wellcare No Premium Open (PPO) H8458, Plan 003	Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458, Plan 002
Adicional de rutina física anual	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>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.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>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.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>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.</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Tarjeta Flex Card	<p>Beneficio anual de \$100</p> <p>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 de bolsillo en un proveedor de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<p>Beneficio anual de \$100</p> <p>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 de desembolso directo en un proveedor odontológico, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<u>No</u> cubierto

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

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 sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-277-6583 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: 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

- o 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 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- o 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.
- o 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

- o **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.
- o Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- o **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).
- o **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.
- o **Sólo 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 usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- o **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 (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/allwellny

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.