



2023

Resumen de beneficios

Nevada

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

H6446 | 016

Sabemos cuán importante es tener un plan de salud en el que pueda confiar.

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada servicio, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de servicios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellNV. Para solicitar una copia, llame a 1-844-917-0175 (TTY 711): Atendemos de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no está pagada por Medicaid o por un tercero. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nevada en: Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey, y Washoe.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar inscrito en Medicaid de Nevada. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar con base en su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o en el nivel de Ayuda adicional que reciba. Su prima de la Parte B la paga el estado de Nevada para quienes están inscritos con una dualidad total. Comuníquese con el plan para más detalles.

Comprender la elegibilidad doble

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con costos médicos para determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura adicional para atención médica y respaldo financiero con base en su nivel de ayuda según el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Lo que usted pague por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para el pago de sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios y medicamentos adicionales que están cubiertos por Medicaid y no por Medicare.

Los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, DSNP) son planes de Medicare Advantage especializados que proporcionan beneficios de atención médica a beneficiarios que tienen cobertura de Medicare y Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y recursos con elegibilidad y alcance de los beneficios ofrecidos según los determina

el estado en donde se ofrece el plan.

Niveles del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

- **Beneficiario con elegibilidad doble para beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede pagar sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunas personas que son QMB, también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid también absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid (SLMB+).
- **Beneficiario calificado (Qualified Individual, QI):** Medicaid pagará los costos relacionados con la Parte B de Medicare
- **Beneficiario incapacitado y empleado calificado (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):** Medicaid pagará los costos relacionados con Parte A de Medicare

Nota: Algunos niveles de MSP automáticamente califican para “Ayuda adicional” para asistencia de cobertura de Medicare para medicamentos con receta. Algunos estados no cubren los costos compartidos de las Partes A y B.

¿Qué es la “Ayuda adicional”?

Es posible que esté disponible un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS); también conocido como “Ayuda adicional”, con el fin de ayudarlo con los gastos de paga de su bolsillo como la Parte D como, primas, deducibles, coseguro o copagos. Muchas personas califican para el programa de “Ayuda adicional” y ni siquiera lo saben. Recuerde que la asistencia también puede ser según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) y de su estado de doble elegibilidad.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y sobre a cuáles beneficios tiene derecho, llame al número que figura en la contraportada de este documento.

Este plan está disponible para cualquier persona que reciba asistencia médica del estado y de Medicare.

Las Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Las HMO generalmente requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) para coordinar la atención y, si necesita un especialista, el PCP elegirá uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le brindan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado o, para obtener una lista actualizada

de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/allwellNV. (Tenga en cuenta que, a excepción de la atención de emergencia, la atención de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos).

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

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

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias). Visítenos en www.wellcare.com/allwellNV.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) Llame a Servicios para los miembros si necesita la información del plan en otro formato.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nevada en: Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey, y Washoe.
Requisitos de elegibilidad para los planes de necesidades especiales	Este plan incluye (FBDE, QMB, QMB+). Consulte "Niveles del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)" que está al principio de este documento.
Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según su categoría de beneficiario de Medicaid y/o del nivel de Ayuda adicional que reciba	
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0 Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.
Deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,300 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.
Cobertura para pacientes internados en un hospital	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago *
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC)	\$0 de copago *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago *
Cuidado preventivo (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (monografías), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas antigripales), vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo)	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia necesarios	\$0 de copago
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imagen	Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago *
Radiografías como paciente externo	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Servicios de radiología de diagnóstico (ej. resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan))	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *
Servicios auditivos Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago ▪ *
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago ▪ * 1 examen cada año
Aparatos auditivos Prueba(s) para el ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago ▪ * 1 ajuste/evaluación cada año

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Crédito para audífonos Todos los tipos	Hasta \$1,000 de crédito por oído cada año para audífonos. \$0 de copago ▪ * Se limita a 2 audífono(s) cada año
Información adicional sobre audición	Qué debe saber: Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales Servicios preventivos	\$0 de copago * 2 limpieza(s) cada año 1 radiografía(s) dental(es) cada 12 a 36 meses, según el tipo de servicio 2 examen(es) oral(es) cada año
Tratamiento con fluoruro	\$0 de copago * 1 cada año
Servicios dentales integrales cubierto por Medicare	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago * 1 servicio(s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago * 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	\$0 de copago * 1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses, según el tipo de servicio 1 extracción(es) por diente
Servicios no rutinarios	\$0 de copago * 1 servicios no rutinarios cada fecha de servicio a 60 meses, según el tipo de servicio
Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	\$0 de copago * Prostodoncia - cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio Cirugía oral/maxilofacial: cada 12 a 60 meses o de por vida, según el tipo de servicio. Otros servicios - cada 6 a 60 meses, según el tipo de servicio.
Información dental adicional	Lo que debe saber: Este plan incluye cobertura para servicios integrales por hasta \$4,000 por año del plan.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Atención de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) ▪ *
Examen de la vista de rutina (Refracción)	\$0 de copago ▪ * 1 examen cada año
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	\$0 de copago ▪ *
Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos Crédito para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago ▪ * Hasta \$300 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consultas como paciente internado	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$0 de copago *
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	\$0 de copago *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por admisión. *
Servicios de terapia y rehabilitación	
Servicios de terapia y rehabilitación	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos 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	Por hasta un máximo de 24 viajes de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan. \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
	Lo que debe saber: Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Medicamentos para quimioterapia	\$0 de copago *
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Deducible anual para medicamentos con prescripción	\$0
Suministro de 30 o 90 días de una farmacia minorista de la red	
Todos los medicametos cubiertos	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días

Medicare aprobó Wellcare by Allwell para proporcionar estos beneficios y/o copagos/coseguros más bajos como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. Si tiene preguntas o necesita ayuda para comprender estos beneficios, llame al número que figura en la contraportada de este Resumen de beneficios.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Acupuntura Cubierta por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Con cobertura de Medicare	\$0 de copago *
Consultas virtuales	Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más. Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por Internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Atención médica a domicilio	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Comidas	
Comidas posteriores al cuidado intensivo	\$0 de copago ▪ Lo que debe saber: No paga nada por comidas posteriores al cuidado intensivo inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días con un máximo de 42 comidas por ocurrencia para un número ilimitado de ocurrencias por año.
Comidas para enfermos crónicos	\$0 de copago ▪ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer la transición de los miembros con enfermedades crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días, para un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir hasta por 3 meses.
Equipo/insumos médicos	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *
Dispositivos protésicos	\$0 de copago *
Suministros para la diabetes	\$0 de copago * Es posible que apliquen algunas limitaciones.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$0 de copago *
Artículos sin receta (Over-the-Counter, OTC)	\$0 de copago El beneficio máximo es \$175 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado. Lo que debe saber: Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio. - Para hacer un pedido por teléfono, llame al: 1-866-528-4679, (TTY 711) - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs.com/otchs/allwell
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura. \$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
	Lo que debe saber: Este beneficio cubre una membresía anual en un gimnasio o en un centro de acondicionamiento físico participante. 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 ejercicio disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se puede seleccionar un monitor de acondicionamiento físico como parte de un kit de actividad física para el hogar.
Sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar y de consumir tabaco	\$0 de copago Se limita a 5 consulta(s) cada año
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica a emergencias personales (PERS)	\$0 de copago
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (Special Supplementary Benefits for Chronically Ill, SSBCI) Estos beneficios complementarios solo están disponibles para miembros de alto riesgo, miembros que tienen una afección crónica y que cumplen con requisitos adicionales de elegibilidad: tener documentación de un diagnóstico activo de una o más afecciones	Compañero robótico: paga \$0 de copago Cubre un gato o perro interactivo para compañía proporcionado por un proveedor que tiene contrato con el plan. Aplican limitaciones. Tarjeta Flex Card de servicios: usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 al mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios para su hogar. Aplican limitaciones. ▪ * Lo que debe saber: Los beneficios que se mencionan pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para las personas que

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H6446, Plan 016
específicas que ponen en riesgo la vida o que limitan de manera significativa la salud en general o el funcionamiento de dichos miembros Y que tienen un riesgo elevado de ser hospitalizados Y que requieren una administración intensiva de su salud. Se puede encontrar información adicional, incluidas las condiciones que permiten calificar para estos beneficios en la Evidencia de cobertura o si se llama a Servicios para los miembros.	tienen alguna enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán para ellos.
Tarjeta Flex Card	\$1,000 de beneficio anual Lo que debe saber: El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para cubrir los costos que paga de su bolsillo por servicios dentales, de la vista o de la audición. La tarjeta Flex Card tiene un límite de \$250 para los servicios de la vista. El saldo restante puede ser utilizado entre servicios dentales y de la audición, como a usted le convenga.
Tarjeta para alimentos saludables Medicare aprobó a Wellcare a proporcionar estos beneficios como parte del programa de Diseño del seguro con base en el valor. Este programa permite que Medicare pruebe maneras nuevas de mejorar los planes de Medicare Advantage.	Usted recibe un crédito de \$25 al mes para gastar en productos de abarrotes elegibles en tiendas minoristas que participen. Este crédito no se acumula con el del próximo mes.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Declaración amplia por escrito para futuros afiliados

Los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios* están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Access (HMO D-SNP). Para cada uno de los beneficios enumerados, puede ver lo que nuestro plan cubre. Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este *Resumen de beneficios* depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios*. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y sobre cuáles son los beneficios a los que tiene derecho, llame a Nevada Medicaid al número gratuito de 1-877-638-3472 (TTY: 711).

Nuestra fuente de información sobre beneficios de Medicaid <https://www.medicaid.nv.gov/>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambiar en cualquier momento. Para conocer la información más actualizada de cobertura de Medicaid de Nevada, consulte <https://www.medicaid.nv.gov/> o llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda. Se puede encontrar información detallada de los beneficios de Medicaid de Nevada en el Resumen de Servicios en línea de Nevada de <https://www.medicaid.nv.gov/>.

¿Qué beneficios están cubiertos?

- Ambulancia / Transporte de emergencia
- Control de natalidad / Planificación familiar
- Dental (para la mayoría de los adultos: solo atención de emergencia; para mujeres embarazadas que califiquen: algunos beneficios periodontales; para niños: cobertura completa y ortodoncia limitada)
- Suministros médicos desechables
- Equipo médico duradero
- Consultas médicas
- Sala de emergencias
- Exámenes de los ojos y anteojos
- Niños saludables (Healthy Kids) (servicios de salud preventivos para niños hasta cumplir los 21 años)
- Pruebas de audición
- Atención médica a domicilio
- Atención de hospicio
- Hospitalización
- Servicios de laboratorio y de radiología
- Atención de maternidad
- Servicios de salud mental / por abuso de sustancias
- Servicios de partera
- Servicios de centros de cuidados
- Nutricionista
- Servicios de terapia ocupacional

¿Qué beneficios están cubiertos?

• Artículos ortopédicos y prótesis
• Medicamentos de venta sin receta (Over-The-Counter, OTC), cuando se tenga una receta médica
• Servicios de cuidados personales
• Servicios de fisioterapia
• Podiatría
• Medicamentos con receta
• Exámenes preventivos
• Servicios privados de enfermería
• Especialistas
• Servicios del habla y la audición
• Abandono del tabaquismo
• Servicios de transporte (el transporte para casos que no sean de emergencia no es un beneficio de NCU [Nevada Check Up])
• Vacunas
• Programas de exención: ayuda para que personas con necesidades especiales (personas de edad avanzada o personas con discapacidades físicas e intelectuales, por ejemplo) puedan permanecer en sus comunidades. Deben cumplirse los requisitos de elegibilidad. Los servicios no constituyen un derecho (no son un beneficio común).

Esta sección le brinda más información sobre beneficios.

Ambulancia / Transporte de emergencia

Si tiene una emergencia médica, llame al 911 para pedir una ambulancia. Medicaid y NCU (Nevada Check Up) cubrirán los servicios de ambulancia aérea y terrestre en caso de emergencia.

Anticonceptivos y Planificación familiar

Hable con su médico o con su clínica sobre planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor que acepte Medicaid y NCU (Nevada Check Up). No necesita una remisión. Puede obtener algunos tipos de anticonceptivos en el consultorio de su médico. Para otros, su médico le hará una receta. Estos métodos anticonceptivos están cubiertos por Medicaid y NCU (Nevada Check Up):

- Píldoras anticonceptivas
- Preservativos o condones
- Cremas
- Diafragmas
- Espumas
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- Inyecciones (por ej. Depo-Provera)
- Esponjas

Beneficios dentales

Adultos (sólo Medicaid): emergencias, paliativos, algunos cuidados protésicos; mujeres embarazadas que reúnan los requisitos: los beneficios para adultos y algunos beneficios ampliados. Los niños (menores de 21 años) tienen cobertura completa, con algunas ortodoncias (limitadas). Los dentistas necesitan autorización previa de Medicaid o de NCU (Nevada Check Up) para algunos de los beneficios.

Suministros médicos desechables, equipo médico duradero, artículos ortopédicos y prótesis

Medicaid y NCU (Nevada Check Up) cubren muchos de los suministros médicos que ordene su doctor por motivos médicos. Por ejemplo, algunos suministros que pueden estar cubiertos son:

- Suministros para incontinencia (pañales para adultos)
- Sillas de ruedas, bastones, muletas y andadores
- Artículos ortopédicos y prótesis
- Suministros para el cuidado de heridas
- Bombas de insulina
- Oxígeno

Hable con su doctor si necesita suministros médicos. Su médico puede hacerle una receta para que la lleve a una empresa de suministros médicos. El proveedor de suministros médicos debe obtener autorización previa de Medicaid y de NCU (Nevada Check Up) para algunos artículos.

Consultas médicas

Medicaid y NCU (Nevada Check Up) pagan para que usted vaya al médico o visite una clínica de atención urgente cuando tenga problemas de salud. Es importante que acuda a su médico de cabecera, siempre que sea posible, para recibir un tratamiento regular, de modo que este tenga un historial médico actualizado. Si es necesario, su médico puede remitirlo a usted a un especialista.

Sala de emergencias

Llame al 911 en caso de emergencia o acuda a una sala de emergencias de inmediato. Deberá llamar a su médico cuando haya pasado la emergencia. Su médico debe proporcionarle los cuidados de seguimiento que necesite después de la emergencia. Si no es una emergencia y su médico de cabecera no está disponible, vaya a una clínica de atención urgente.

Exámenes de los ojos y anteojos

Medicaid/NCU (Nevada Check Up) cubren la atención de enfermedades de los ojos, las cirugías de los ojos que sean médicamente necesarias, los exámenes de la vista y los anteojos. Medicaid paga por exámenes de la vista y anteojos solamente una vez cada 12 meses. Su proveedor le mostrará los marcos de anteojos para que pueda elegir entre los que estén cubiertos en su totalidad. Si elige unos marcos de anteojos más caros, deberá pagar la diferencia entre lo que pagan Medicaid y NCU (Nevada Check Up) y el coste de los marcos que haya elegido. Asegúrese de firmar un acuerdo por adelantado si usted va a pagar por unos marcos de anteojos más caros. Medicaid/NCU (Nevada Check Up) no cubren las lentes de contacto, salvo en determinados casos en los que sean médicamente necesarias.

Niños saludables (Healthy Kids) o Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT)

Niños saludables (Healthy Kids), también denominado Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT), es un beneficio especial para los niños con Medicaid/NCU (Nevada Check Up). Algunos problemas comienzan antes de que su hijo parezca enfermo o se sienta enfermo. Su médico puede detectar y tratar estos problemas a tiempo, antes de que se conviertan en algo serio, con exámenes regulares de "niño sano". Healthy Kids también cubre los chequeos dentales. Casi todos los niños, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad que reciben Medicaid/NCU (Nevada Check Up) pueden obtener servicios cubiertos por Healthy Kids. Estos servicios incluyen:

- Exámenes de niño sano realizados por el médico de su hijo. Se trata de un examen de pies a cabeza que incluye antecedentes de salud, hábitos de alimentación, exámenes de la vista y el oído, evaluación de la salud mental y control del crecimiento y el desarrollo;
- Inmunizaciones (vacunas) para mantener a su hijo sano;
- Chequeos dentales. Un examen completo y una limpieza (cubiertos hasta los 20 años de edad) dos veces por año, o con más frecuencia si el dentista de su hijo lo recomienda;
- Tratamiento con flúor y selladores;
- Tratamiento y atención de seguimiento si se detecta un problema de salud durante un examen;
- Pruebas de plomo y otras pruebas de laboratorio; y
- Si es necesario, transporte gratuito a cualquier cita médica aprobada por Medicaid. (No se aplica a los beneficiarios de NCU [Nevada Check Up]).

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

- Recién nacidos: tan pronto como sea posible después del nacimiento
- Niños, desde su nacimiento hasta cumplir los treinta meses: al cumplir el primer mes y a los dos, cuatro, seis, doce, quince, dieciocho, veinticuatro y treinta meses
- Niños, desde los 3 años de edad hasta llegar a jóvenes adultos (20 años de edad, inclusive): cada año.

Pruebas de audición

Las pruebas auditivas de los recién nacidos están incluidas en los servicios de hospitalización. Las pruebas auditivas infantiles forman parte del examen de niños sanos (Healthy Kids/EPSDT). Se cubren otras pruebas auditivas tanto para niños como para adultos, si son médicamente necesarias.

Servicios a domicilio y basados en la comunidad

Estos servicios lo ayudan a recibir la atención médica que necesite para poder permanecer en su hogar. Incluyen la atención de cuidados de salud diurnos para adultos, los servicios de cuidados personales, la atención médica a domicilio, los servicios privados de enfermería y la hospitalización parcial. Estos servicios son para personas que necesitan asistencia porque tienen enfermedades mentales de manera continuada. Si necesita estos servicios, tendrá que someterse a una evaluación para verificar que usted o su ser querido cumplen los requisitos de elegibilidad y que los servicios son médicamente necesarios.

Atención médica a domicilio

La atención médica a domicilio es para las personas que necesitan servicios especiales a domicilio, como enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. Si cree que necesita atención de salud a domicilio, hable con su médico. Su médico enviará una orden a la agencia de asistencia de salud a domicilio que usted elija y que deberá inscrita en Medicaid. La agencia de atención de salud a domicilio se pondrá en contacto con Medicaid o NCU (Nevada Check Up) para obtener la aprobación previa.

Atención de hospicio

Los servicios de hospicio pueden ofrecerle a usted o a un familiar apoyo y consuelo cuando alguien está al final de su vida. La atención de hospicio cuida de sus necesidades físicas, emocionales y espirituales en un centro especializado en cuidados de hospicio, en un centro de cuidados, en un centro de cuidados intermedios (ICF) o en su hogar. Hay diferentes tipos de especialistas que pueden ayudar a su familia a afrontar las etapas finales de la enfermedad, la muerte y el duelo.

Hospitalización

La atención hospitalaria, tanto para pacientes internados como para pacientes externos, está cubierta. Antes de utilizar los servicios de un hospital, obtenga una remisión de su médico.

Servicios de laboratorio y de radiología

Los servicios de laboratorio y de radiología (radiografías) están cubiertos; pueden realizarse en el consultorio de su médico o este puede remitirlo a otra clínica, laboratorio u hospital.

Atención de maternidad

Si cree que está embarazada, vaya al médico lo antes posible. La atención de maternidad temprana la ayudará a dar a luz a un bebé sano. Puede optar por acudir a un especialista, como un médico ginecólogo-obstetra (Obstetrical/ Gynecological, OB/GYN) o una enfermera partera certificada. Medicaid cubre las cesáreas médicamente necesarias, pero no paga las realizadas por conveniencia de la madre o del médico. Los servicios cubiertos incluyen:

- Las visitas prenatales, los análisis de laboratorio y las pruebas necesarias (como las ecografías o ultrasonidos)
- La hospitalización
- El trabajo de parto y el parto
- Los chequeos de la segunda y/o sexta semana después del parto
- Anestesia (tratamiento del dolor)
- Control de natalidad / Planificación familiar

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

Póngase en contacto con su administrador de casos de la División de Bienestar Social y Servicios de Apoyo (Division of Welfare and Supportive Services, DWSS) lo antes posible para informarlo del nacimiento de su bebé.

Para que su bebé esté cubierto por los servicios de NCU (Nevada Check Up) desde su nacimiento, usted debe notificar su nacimiento a la DWSS antes de que pasen 14 días desde el parto. Si tiene una cobertura temporal para el recién nacido y este reúne los requisitos para NCU (Nevada Check Up), 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 durante 30 días (hasta el 15 de octubre), el recién nacido no estaría inscrito en NCU (Nevada Check Up) hasta el 1 de noviembre. Su recién nacido no puede recibir una cobertura que sea anterior a la inscripción vigente más reciente de otro miembro de la familia. Su hijo puede seguir estando cubierto por NCU (Nevada Check Up) si el padre o la madre cumplen el requisito de ingresos anualmente, mantienen los pagos de las primas al día y el niño cumple otros requisitos de elegibilidad.

Servicios de partera

Puede optar por recurrir a una partera durante su embarazo. Debe elegir una partera certificada y con licencia, que sea proveedora de Medicaid o de NCU (Nevada Check Up). Algunas parteras certificadas pueden atender partos en un centro de maternidad, o en el hospital, en el caso de que se produzca una emergencia durante el parto.

Servicios de salud mental / por abuso de sustancias

Son beneficios que puede recibir para tratar un trastorno de salud conductual agudo (a corto plazo) o crónico (continuado durante mucho tiempo). Algunos de estos servicios incluyen:

- Servicios para pacientes internados / pacientes externos
- Evaluaciones psiquiátricas
- Manejo de la medicación
- Pruebas psicológicas
- Servicios de desintoxicación por abuso del alcohol o de sustancias tóxicas para pacientes internados
- Terapia individual y de grupo
- Atención hospitalaria de emergencia
- Intervención de crisis
- Servicios de desintoxicación por abuso del alcohol o de sustancias tóxicas para pacientes externos

Servicios de centros de cuidados

Los centros de cuidados prestan servicios de atención de salud las 24 horas del día 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 tienen discapacidades cognitivas (problemas de memoria, percepción, juicio y razonamiento) o discapacidades conductuales, un centro de cuidados puede proporcionarles ayuda. Esta asistencia puede ayudarlo con la atención médica, los cuidados de enfermería, los servicios de rehabilitación y el manejo psicosocial o una combinación de estos servicios.

Los servicios de centros de cuidados que se encuentren fuera del estado se ofrecen a los residentes cuando:

- No sea posible internarlo en un centro de cuidados de Nevada;
- Usted viva en la frontera de Nevada o cerca de ella y sea más práctico para usted recibir el servicio médico de un proveedor de otro estado.

Servicios de terapia ocupacional

La terapia ocupacional ayuda a mejorar su afección médica o lo ayuda a aprender o reaprender una tarea después de enfermedades graves, lesiones o discapacidades. La orden de su médico debe enviarse a un terapeuta ocupacional que acepte Medicaid o NCU (Nevada Check Up).

Medicamentos sin receta (Over-The-Counter, OTC)

Si su médico se los receta, puede obtener medicamentos de venta sin receta (Over-The-Counter, OTC), como antiácidos, aspirinas, acetaminofeno y medicamentos para la tos, los resfriados y las alergias. Lleve la receta a la farmacia y Medicaid de Nevada pagará el medicamento.

Servicios de cuidados personales

El programa de Servicios de Cuidados Personales ayuda a las personas con discapacidades o enfermedades de larga duración a vivir de manera independiente en su hogar. Estos servicios son para las personas que no tienen a alguien legalmente responsable que las ayude. Un asistente de cuidados personales (Personal Care Attendant, PCA) ayuda a las personas a realizar tareas como bañarse, vestirse e ir al baño, y también puede ayudar a preparar las comidas, comprar cosas esenciales como alimentos, lavar la ropa y realizar tareas domésticas ligeras. El tipo de servicio y el número de horas permitidas se basan en la necesidad médica. Un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional hará una evaluación.

Fisioterapia

Puede recibir fisioterapia para algunas enfermedades, lesiones o discapacidades graves si con ella mejorará su estado de salud. Debe ordenarla su médico, que autorizará un fisioterapeuta que acepte Medicaid o NCU (Nevada Check Up).

Medicamentos con receta

Medicaid y NCU (Nevada Check Up) cubren muchos medicamentos con receta. Algunas recetas requieren autorización previa. Hay una lista de medicamentos preferidos para que su médico elija. No se cubren las recetas para perder peso ni los medicamentos que se utilicen por razones cosméticas o experimentales. Si tiene Medicare y Medicaid, la mayoría de sus recetas deben ser proporcionadas por Medicare. Medicaid cubrirá los artículos que Medicare no cubra, incluyendo algunos medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC).

Servicios privados de enfermería

El servicio privado de enfermería puede ayudarlo a recibir una atención más individualizada y continua que la que obtendría de un enfermero visitante. El programa lo ayuda a permanecer de forma segura en su hogar, en lugar de estar internado en un centro de cuidados o similar. Debe tener una orden del médico para recibir servicios privados de enfermería.

Servicios del habla y la audición

Si tiene problemas importantes de habla o de audición, consulte a su médico. Su médico puede remitirlo a un terapeuta del habla o a un audiólogo. Algunos servicios cubiertos por Medicaid o NCU (Nevada Check Up) son:

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

Abandono del tabaquismo

Los productos para ayudarlo a dejar de usar tabaco están cubiertos. Debe obtener una receta de su médico y llevarla a una farmacia. Están cubiertos los medicamentos con receta y los medicamentos sin receta (Over-The-Counter, OTC), como parches y pastillas. También está cubierto el asesoramiento para dejar de fumar, como parte de una consulta a su médico.

Servicios de transporte para casos que no sean de emergencia

Medicaid ofrece un servicio de transporte para acudir a las citas médicas, denominado transporte para casos que no sean de emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Este servicio se brinda a través de una empresa de transporte que tenga contrato con Medicaid. El transporte no está cubierto para los beneficiarios de NCU (Nevada Check Up). Usted puede obtener transporte para recibir tratamiento por un servicio cubierto por Medicaid. Debe programar los viajes con al menos cinco días de antelación. La empresa puede ayudarlo a obtener transporte público. Para los viajes de atención urgente, la empresa de transporte debe proporcionarle el transporte el mismo día en que usted les llame. Si tiene que cancelar su cita con el médico, no olvide cancelar su transporte. El consultorio médico no lo cancelará por usted. Se requiere autorización previa por la empresa de transporte.

Vacunas

Están cubiertas todas las vacunas infantiles y de adultos médicamente recomendadas.

Programas de exención

Si tiene necesidades especiales, puede calificar para obtener más beneficios, a través de los programas de exención. Las exenciones permiten que Medicaid pague por apoyo y servicios que lo ayuden, y que, como resultado, pueden permitirle vivir de forma segura en su propio hogar o en su comunidad, en lugar de en un centro de cuidados u otra institución. Los servicios de exención incluyen:

- Sistemas de respuesta a emergencias (Emergency Response Systems)
- Servicios de asistente de ayuda a domicilio
- Hogares grupales
- Centros de tratamiento de día
- Cuidados de día para adultos
- Apoyo familiar
- Comidas a domicilio

- Atención de alivio a corto plazo para quienes necesitan un descanso del cuidado de miembros de la familia con discapacidades o de edad avanzada.

Estos programas son para personas que cumplan los requisitos del programa, tales como personas de edad avanzada o con discapacidades físicas o intelectuales. Hay un número establecido de personas que pueden entrar en estos programas. Para obtener información sobre cómo solicitar uno de los programas de exención, llame a la Oficina de Distrito de Medicaid de su zona.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯系我們。會說中文普通話的人員可以協助您。此為免費服務。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Korean: 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: توفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية يمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجاناً.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

Português: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numera o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

Estamos a Solo una **Llamada de Distancia**

ARKANSAS

 HMO, HMO D-SNP

 **1-855-565-9518**

 O visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

 HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP

 **1-800-977-7522**

 O visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

 HMO, HMO C-SNP, PPO

 **1-800-275-4737**

 HMO D-SNP

 **1-800-431-9007**

 O visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8022**

 O visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

 HMO

 **1-844-890-2326**

 HMO D-SNP

 **1-877-725-7748**

 O visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

 HMO, PPO

 **1-855-766-1541**

 HMO D-SNP

 **1-833-202-4704**

 O visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

 HMO, PPO

 **1-855-565-9519**

 HMO D-SNP

 **1-833-402-6707**

 O visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

 HMO

 **1-855-766-1572**

 HMO D-SNP

 **1-833-541-0767**

 O visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

 HMO

 **1-855-766-1452**

 HMO D-SNP

 **1-833-298-3361**

 O 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.wellcare.com/fidelisNY

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

 1-888-445-8913

 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

 **1-888-445-8913**

 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-844-917-0175 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).

Cómo entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/allwellNV o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).
- ☐ Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo entender las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024.
- ☐ **Para los planes HMO, CSNP y DSNP:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- ☐ Este es un plan para personas con doble elegibilidad que tienen necesidades especiales (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación de que tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-917-0175 (TTY 711). Su llamada puede ser atendida por un representante con licencia.

Horas de operación

Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)

En línea www.wellcare.com/allwellNV

Estamos con nuestros miembros en cada paso del camino.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.