



# Resumen de beneficios de 2022

Arizona

## **Wellcare Giveback (HMO)**

H0351 | 054

## **Wellcare No Premium (HMO)**

H0351 | 053

## **Wellcare Assist (HMO)**

H5590 | 007

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

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

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la Evidencia de cobertura del plan. You can find the Evidence of Coverage on our website at [www.wellcare.com/allwellaz](http://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 vivir 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 terceros.

**Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H0351054000 Wellcare Giveback (HMO)** incluye estos condados en Arizona: Cochise, Mohave, Santa Cruz y Yuma.

**H0351053000 Wellcare No Premium (HMO)** incluye estos condados en Arizona: Cochise, Mohave, Santa Cruz y Yuma.

**H5590007000 Wellcare Assist (HMO)** incluye estos condados en Arizona: Cochise, Mohave, Santa Cruz, y Yuma.

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](http://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 Teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de Teletipo (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/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ).

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**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H0351054000 wellcare Giveback (HMO)</b> incluye estos condados en Arizona: Cochise, Mohave, Santa Cruz y Yuma.  <b>H0351053000 Wellcare No Premium (HMO)</b> incluye estos condados en Arizona: Cochise, Mohave, Santa Cruz y Yuma.  <b>H5590007000 Wellcare Assist (HMO)</b> incluye estos condados en Arizona: Cochise, Mohave, Santa Cruz, y Yuma.</p>		
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$25.50
<b>Reducción de Primas de la Parte B</b>	Este plan ofrece una 40 dólares devueltos cada mes en su cheque de la Seguridad Social.	No está disponible	No está disponible
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$7,550 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$5,000 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$4,800 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$325 por día para los días 1 a 4</li> <li>\$0 de copago por día para los días 5 al 90</li> <li>\$0 de copago por día para los días 91 y más</li> </ul> *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$270 por día para los días 1 a 6</li> <li>Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</li> <li>Copago de \$0 por día para los días 91 y posteriores</li> </ul> *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$240 por día para los días 1 a 7</li> <li>Copago de \$0 por día para los días 8 a 90</li> <li>Copago de \$0 por día para los días 91 y posteriores</li> </ul> *
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$325 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$275 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$250 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$325 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *	\$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. *	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	\$275 de copago *	\$225 de copago *	\$200 de copago *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Consultas al médico</b>			
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$50 de copago	\$40 de copago	\$35 de copago
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$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.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
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.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$50 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.	\$45 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
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. 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.
<b>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/ imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$300 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico en todos los demás lugares. \$325 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$275 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$250 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo Cubierto por Medicare	\$50 de copago *	\$40 de copago *	\$35 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Audífonos			
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 prueba/ evaluación cada año	1 ajuste/evaluación cada año	1 ajuste/evaluación cada año
Asignación para audífonos	Hasta un \$1,500 asignación para ambas orejas combinadas cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limitado a 2 audífonos cada año	Limitado a 2 audífonos cada año	Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre audición de diagnóstico y exámenes de equilibrio Si su médico u otro tipo de atención médica pedidos de proveedores Estas pruebas para ver si usted necesita atención médica tratamiento.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre audición de diagnóstico y exámenes de equilibrio Si su médico u otro tipo de atención médica pedidos de proveedores Estas pruebas para ver si usted necesita atención médica tratamiento.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre audición de diagnóstico y exámenes de equilibrio Si su médico u otro tipo de atención médica pedidos de proveedores Estas pruebas para ver si usted necesita atención médica tratamiento.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Servicios odontológicos</b>			
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año
	Radiografías odontológicos 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías odontológicos 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías odontológicos 1 cada 12 a 36 meses
	Exámenes orales 2 cada año	Exámenes orales 2 cada año	Exámenes orales 2 cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año	1 cada año
<b>Servicios integrales</b>			
Cubierto por Medicare	\$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	40% de coseguro *	40% de coseguro *	\$0 de copago *
	1 diagnóstico servicio cada año	1 diagnóstico servicio cada año	1 diagnóstico servicio cada año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Servicios de restauración	40% de coseguro *	40% de coseguro *	\$0 de copago *
	1 restaurativo servicio cada 12 a 84 meses	1 restaurativo servicio cada 12 a 84 meses	1 restaurativo servicio cada 12 a 84 meses
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	40% de coseguro *	40% de coseguro *	\$0 de copago *
	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente
Servicios que no son de rutina	40% de coseguro *	40% de coseguro *	\$0 de copago *
	1 no de rutina servicio diario a 24 meses	1 no de rutina servicio diario a 24 meses	1 no de rutina servicio diario a 24 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	40% de coseguro *	40% de coseguro *	\$0 de copago *
	Las prótesis no están cubiertas 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida	Las prótesis no están cubiertas 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida	1 prótesis procedimiento cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Información Odontológica Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$1,500.	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$2,000.	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$2,000.
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista Cubierto por Medicare	\$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	\$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	\$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubiertas por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Anteojos de rutina			
Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos	Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año  Anteojos (cristales y/o marcos) cada año	Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año  Anteojos (cristales y/o marcos) cada año	Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año  Anteojos (cristales y/o marcos) cada año
Asignación para anteojos	Hasta \$100 de asignación combinado cada año.	Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.	Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.
<b>Servicios de salud mental</b>			
Consulta hospitalaria	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$325 por día para los días 1 a 4</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 5 a 90</li> </ul>	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$270 por día para los días 1 a 6</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 7 a 90</li> </ul>	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$240 por día para los días 1 a 7</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 8 a 90</li> </ul>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$184 copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$184 copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$184 copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> *
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>			
Fisioterapia	\$40 de copago *	\$35 de copago *	\$40 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$40 de copago *	\$35 de copago *	\$40 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$30 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
<b>Ambulancia</b>			
Ambulancia terrestre	\$290 de copago *	\$350 de copago *	\$275 de copago *
Ambulancia aérea	\$290 de copago *	\$350 de copago *	\$275 de copago *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Hasta 12 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es Cómo ir a su médico. Es por eso que Cubrimos estos viajes compartidos al plan salud aprobada proveedores de atención médica. Estamos desea asegurarse de que usted recibe la atención que necesidad, cuando usted necesita. Llame a Servicio al cliente 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Puede aplicar restricciones de millaje</p>	<p>Hasta 24 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es Cómo ir a su médico. Es por eso que Cubrimos estos viajes compartidos al plan salud aprobada proveedores de atención médica. Estamos desea asegurarse de que usted recibe la atención que necesidad, cuando usted necesita. Llame a Servicio al cliente 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Puede aplicar restricciones de millaje</p>	<p>Hasta 48 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es Cómo ir a su médico. Es por eso que Cubrimos estos viajes compartidos al plan salud aprobada proveedores de atención médica. Estamos desea asegurarse de que usted recibe la atención que necesidad, cuando usted necesita. Llame a Servicio al cliente 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Puede aplicar restricciones de millaje</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>			
Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *

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

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, Plan 007</b>
<b>Etapa 1: Deducible Anual de Medicamento recetado</b>			
<b>Deducible</b>	\$350 por el Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 5 (Nivel de especialidad). Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	\$480 para el nivel 2 (genéricos Medicamentos), Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos de marcas no preferidas), de Nivel 5 (Nivel de especialidades) medicamentos recetados. todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, Plan 007</b>		
<b>Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>					
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,230/ \$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.					
<b>Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)</b>					
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$15 / \$45 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$8 / \$24 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$20 / \$60 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054		Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053		Wellcare Assist (HMO) H5590, Plan 007
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidos - incluye Medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90/ \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago	\$90/ \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago	46% / 46% de coseguro
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye Medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	27% coseguro / No disponible	27% coseguro / No disponible	33% coseguro / No disponible	33% coseguro / No disponible	25% coseguro / No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, Plan 007</b>			
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)</b>						
<b>Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)</b>						
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$15 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$8 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$20 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidos - incluye Medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$94 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos: incluye los de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 de copago	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 de copago	46% / 46% de coseguro	46% / 46% de coseguro



Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054		Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 054		Wellcare Assist (HMO) H5590, Plan 007	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>						
	<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>		<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Evidencia de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>		<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,230, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054		Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 054		Wellcare Assist (HMO) H5590, Plan 007	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>						
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>			

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, minorista, 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

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	\$20 de copago *	\$20 de copago *	\$20 de copago *
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$50 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. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$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. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$35 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. *
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$50 de copago  <b>Lo que usted debe saber:</b> 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.	\$40 de copago  <b>Lo que usted debe saber:</b> 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.	\$35 de copago  <b>Lo que usted debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.

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

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Consultas virtuales</b>	<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>		
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Comidas</b>  Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	\$0 de copago por cada comida post-aguda ■ <b>Lo que debe saber:</b>  Usted no paga nada por comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de una Hospitalización permanecer para ayudar en recuperación con un máximo de 3 comidas al día para hasta 14 días.	\$0 de copago por cada comida post-aguda ■ <b>Lo que usted debe saber:</b>  Usted no paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados para ayudar en la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días.	\$0 de copago por cada comida post-aguda ■ <b>Lo que usted debe saber:</b>  Usted no paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados para ayudar en la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <p>▪</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>Usted no paga nada por entrega a domicilio las comidas como parte de un programa supervisado diseñado para miembros de transición con enfermedades condiciones para estilo modificaciones. Los miembros reciben 3 comidas al día para hasta 28 días por mes, para un máximo de 84 comidas. El beneficio se puede recibir por hasta 3 meses.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <p>▪</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>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.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <p>▪</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>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.</p>
<b>Equipo/suministros médicos</b>			
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	\$50 de copago	\$40 de copago	\$35 de copago
<b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>	\$0 de copago El total máximo el beneficio es de \$20 cada tres meses <b>Lo que debe saber:</b> Los miembros pueden compra elegible artículos elegibles de participantes ubicaciones o a través del catálogo del plan para envío a su hogar.	\$0 de copago El total máximo del beneficio es de \$80 cada tres meses <b>Lo que debe saber:</b> Los miembros pueden compra elegible artículos elegibles de participantes ubicaciones o a través del catálogo del plan para envío a su hogar.	\$0 de copago El total máximo el beneficio es \$250 cada tres meses <b>Lo que debe saber:</b> Los miembros pueden compra elegible artículos elegibles de participantes ubicaciones o a través del catálogo del plan para envío a su hogar.
<b>Programas de bienestar</b>  Acondicionamiento físico	Para obtener la lista detallada de Programas de bienestar programa de bienestar ofrecidos, por favor, consulte la Evidencia de Cobertura. Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y física Acondicionamiento físico.	Para obtener la lista detallada de Programas de bienestar programa de bienestar ofrecidos, por favor, consulte la Evidencia de Cobertura. Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y física Acondicionamiento físico.	Para obtener la lista detallada de Programas de bienestar programa de bienestar ofrecidos, por favor, consulte la Evidencia de Cobertura. Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y física Acondicionamiento físico.

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

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

**Beneficios adicionales**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	\$0 de copago  Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago  Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago  Limitado a 5 consultas cada año

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
Adicional de rutina física anual	\$0 de copago <b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.	\$0 de copago <b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.	\$0 de copago <b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Prestaciones complementarias especiales para Enfermedad crónica (SSBCI)</b> Para calificar para estos beneficios usted debe alcanzar criterios específicos, incluyendo tener un afección crónica y se determina que sea elegible para la atención de manejo de alto riesgo. Para obtener una lista completa de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas.	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas.	Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago  El plan cubre hasta \$50 por mes para utilizar el aprobado por el plan artículos para abarrotes. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión. *

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

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

**Beneficios adicionales**

	<b>Wellcare Giveback (HMO) H0351, Plan 054</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO) H0351, Plan 053</b>	<b>Wellcare Assist (HMO) H5590, plan 007</b>
<b>Tarjeta Flex</b>	<u>No</u> cubierto	\$100 beneficio anual <b>Lo que usted debe saber:</b> 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.	\$300 beneficio anual <b>Lo que usted debe saber:</b> 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totoġi. Vala’au le Member Services 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](http://www.wellcare.com/allwellAR)

## ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)

## CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 0 visite [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

## FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellFL](http://www.wellcare.com/allwellFL)

## GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellGA](http://www.wellcare.com/allwellGA)

## INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellIN](http://www.wellcare.com/allwellIN)

## KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellKS](http://www.wellcare.com/allwellKS)

## LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellLA](http://www.wellcare.com/allwellLA)

## MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellMO](http://www.wellcare.com/allwellMO)

## MISSISSIPPI

+ HMO  
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellMS](http://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](http://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](http://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](http://www.wellcare.com/allwellNM)

## NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP  
☎ 1-800-247-1447

📄 O visite [www.fideliscare.org/wellcaremedicare](http://www.fideliscare.org/wellcaremedicare)

## OHIO

+ HMO, PPO  
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP  
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellOH](http://www.wellcare.com/allwellOH)

## OKLAHOMA

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite [www.wellcare.com/OK](http://www.wellcare.com/OK)

## OREGON

+ HMO, PPO  
☎ 1-844-582-5177

📄 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

+ HMO D-SNP  
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite [www.wellcare.com/trilliumOR](http://www.wellcare.com/trilliumOR)

## PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO  
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP  
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA)

## SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP  
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellSC](http://www.wellcare.com/allwellSC)

## TEXAS

+ HMO

📞 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8023

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellTX](http://www.wellcare.com/allwellTX)

## WISCONSIN

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8024

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellWI](http://www.wellcare.com/allwellWI)

## WASHINGTON

+ PPO

📞 1-844-582-5177

📄 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://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 disponibles 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](http://www.wellcare.com/allwellaz) o llame al 1-866-277-6583 (Teletipo (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 usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto 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 planes con una prima del plan (no aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- o Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- o **Únicamente para planes HMO:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- o **Únicamente para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- o **Únicamente para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- 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 (Teletipo (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/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)

**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.