



# **Resumen de beneficios de 2022**

**ARIZONA**

**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

H5590 | 008

**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 Dual Liberty (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [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 paga de otra manera por Medicaid o por terceros.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, la paz, Maricopa, Pima, Pinal, 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.

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

**Comprender la elegibilidad doble**

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos debido a que el estado proporciona cobertura adicional de atención médica y apoyo financiero con base en su nivel de ayuda del programa de ahorros de Medicare (MSP). La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

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

### Niveles de Medicare Savings Program, MSP

- **Beneficio completo doble elegible (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede pagar por sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +))
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB +)
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare
- **Qualified Disabled Working Individual (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte A de Medicare

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

### ¿Qué es "Ayuda adicional"?

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

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

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

**Organizaciones de mantenimiento de la salud (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. Por lo general, las Organizaciones de mantenimiento de la salud (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 (PCP) elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) 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 cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos.)

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Dual Liberty (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia por correo preferida 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 Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Área de servicio</b>	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, la paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.
<b>Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales</b>	Este plan incluye (FBDE, QMB +). Consulte "Niveles de Programas de Ahorro de Medicare ("Medicare Savings Program (MSP) Levels") al principio de este documento
Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de Ayuda adicional que reciba.	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *

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

**Beneficios**

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	\$0 de copago *
<b>Consulta al médico</b>	
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 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 (Prostate cancer screenings, PSA), vacunas	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia</b>	\$0 de copago

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

**Beneficios**

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *
<b>Servicios de audición</b>	
Examen auditivo Cubierto por Medicare	\$0 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago *  1 examen al año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
Audífonos	
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación de audífonos.	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos.	\$0 de copago *  Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.
<b>Servicios odontológicos</b>	
Servicios preventivos	\$0 de copago *  Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses. 2 exámenes orales cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *  1 cada año
Servicios integrales	
Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare *

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *  1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago *  1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses
Endodoncia/periodoncia/extracciones	\$0 de copago *  1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago *  1 servicio no rutinario todos los días hasta los 60 meses
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	\$0 de copago *  1 procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses
Información Odontológica adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$4,000.
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista Cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
Examen de la vista rutinario (refracción)	\$0 de copago *  1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubiertas por Medicare	\$0 de copago *
Anteojos de rutina  Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos) / marcos para anteojos  Asignación para anteojos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *  Hasta \$300 de asignación combinado cada año.
<b>Servicios de salud mental</b>	
Consulta como paciente hospitalizado	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)</b>	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *

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

**Beneficios**

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>	
Fisioterapia	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
<b>Servicios de transporte</b>	Hasta 24 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *  <b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	
Medicamentos quimioterapéuticos	\$0 de copago *

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

**Beneficios**

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *

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

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
<b>Etapa 1: Deducible anual de medicamento recetado</b>	
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
<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 \$4,430. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "Ayuda adicional". Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.	
<b>Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días/90 días)</b>	
	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
<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)).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Etapas 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>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008	
	Preferido	Estándar
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
<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)).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>		
	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, usted pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.	
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>		
	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o</li> <li>• Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos</li> </ul>	



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

**Medicamentos excluidos:**

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

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

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$0 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.
<b>Consultas virtuales</b>	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.  Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consulta pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	\$0 de copago *

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
<b>Comidas</b>	
Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos. ▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.
Comidas para pacientes con una afección crónica	Copago de \$0 por cada comida crónica ▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> Usted no paga nada por las comidas entregadas en el hogar como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de miembros con afecciones crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los miembros 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.
<b>Equipo/suministros médicos</b>	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *
Prótesis	\$0 de copago *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	\$0 de copago

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
<b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>	<p>\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$400 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los miembros pueden comprar artículos que cumplen con los requisitos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consulta cada año</p>
Línea de asesoría de enfermeras las 24 horas	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	\$0 de copago
<p><b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b> Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la atención de alto riesgo</p>	<p>Dispositivos de asistencia: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por trimestre para la lista de dispositivos de asistencia aprobados por el plan para ayudar en la vida diaria. Aplican limitaciones.</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p>

*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 Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
Administración. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la evidencia de cobertura.	Se puede requerir una remisión *
<b>Tarjeta Flex</b>	Beneficio anual de \$1,000 <b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de la tarjeta Flex es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir sus costos de desembolso directo a un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consulta al año. <b>Lo que usted debe saber:</b> Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.

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

**Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales**

Los beneficios descritos en la sección de Primas y Beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Para cada beneficio enumerado, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de beneficios depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. No importa cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Primas y Beneficios del Resumen de Beneficios Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (Medicaid) al número gratuito 1-855-432-7587 (teletipo (TTY): 1-800-367-8939).

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

**Arizona Health Care Cost Containment System  
Medicare Advantage Special Needs Plans for Dual Eligible Members 2022 Benefits**

Para que usted comprenda mejor sus opciones de atención médica, el siguiente cuadro toma nota de sus cargos por ciertos servicios bajo el Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid) como una persona que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad de costo compartido de Medicare está basada en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

- Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): \$0. Sus montos de costos compartidos de Medicare serán pagados por su plan de salud de Medicaid a menos que se indique lo contrario.
- No Beneficiario calificado de Medicare (QMB) con las Partes A y B de Medicare: sus montos de costos compartidos de Medicare serán pagados por su plan de salud de Medicaid únicamente cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

<b>Beneficios</b>	<b>Como un Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) <u>QMB dual</u> <u>elegible</u> -Usted paga:</b>	<b>Como un Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS): <u>No QMB Dual</u> <u>Eligible</u> – usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DE LARGO PLAZO (1)</b>		
Hospitalización	\$0	\$0
Hospitalización de atención médica conductual	\$0	\$0
Servicios de centro de enfermería	\$0	\$0
Consulta de atención médica en el hogar	\$0	\$0
Consulta con el médico de atención primaria (PCP)	\$0	\$0 para consulta de Well y \$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para la edad de 21 años y mayores (2). \$0 para la edad de 20 años y menores.

Consulta con el médico especialista	\$0	\$0 para consulta de Well y \$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para edad de 21 años y mayores. \$0 para edad de 20 años y menores.
Servicios cubiertos por Medicare, incluyendo consulta de atención quiropráctica, administración de casos crónicos/complejos, etc.	\$0	\$0 para personas de 20 años de edad y menores. <i>No cubierto de 21 años de edad y más.</i>
Consulta de servicios de podología	\$0	\$0
Consulta de atención médica para pacientes externos	\$0	\$0
Consulta de atención de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$0	\$0
Consulta al centro quirúrgico ambulatorio o consulta al centro hospitalario para pacientes ambulatorios	\$0	\$0 to \$3, dependiendo de la elegibilidad (2) de 21 años de edad y más. \$0 para personas de 20 años de edad y menores.
<b>Beneficios</b>	<b>Como un Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS):</b> <b><u>QMB Dual Eligible</u></b> <b>– Usted paga:</b>	<b>Como un Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS):</b> <b><u>No QMB Dual Eligible</u></b> <b>– Usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>		



Servicios de ambulancia	\$0	\$0
Servicios de emergencia	\$0	\$0
Consulta de atención de urgencia	\$0	\$0 a \$4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad (2) para personas de 21 años de edad y mayores (2). \$0 para personas de 20 años de edad y menores.
Consulta de terapia ocupacional/física/del habla para pacientes externos	\$0	\$0 a \$3, dependiendo de la elegibilidad (2) para la edad de 21 años y mayores. \$0 para la edad de 20 años y menores.
Equipo Médico Durable	\$0	\$0
Dispositivos prostéticos	\$0	\$0. <i>Miembro inferior controlado por microprocesador miembro o articulación no cubierto</i> <i>A partir de los 21 años para arriba</i>
Capacitación de automonitoreo y suministros para la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una consulta al proveedor de atención primaria (PCP))	\$0	\$0
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluyendo servicios de diagnóstico y pruebas de COVID-19)	\$0	\$0

Prueba de detección colorrectal	\$0	\$0
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0	\$0
Mamograma de detección	\$0	\$0
Papanicolaou y examen pélvico	\$0	\$0
Detección de cáncer de próstata	\$0	\$0
Diálisis renal o terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal	\$0	\$0
Medicamentos con receta médica (3)	\$0	\$0 a \$2.30, dependiendo de la elegibilidad (2) de 21 años de edad y mayores. \$0 para la edad de 20 y menores
Exámenes de la audición, exámenes auditivos de rutina y evaluaciones de ajuste para un audífono	\$0 para la edad de 20 y menores <i>No está cubierto para la edad de 21 años y mayores</i>	\$0 para la edad de 20 y menores <i>No está cubierto para la edad de 21 años y mayores</i>
Audífonos	\$0 para la edad de 20 y menores <i>No está cubierto para la edad de 21 años y mayores</i>	\$0 para la edad de 20 y menores <i>No está cubierto para la edad de 21 y mayores</i>
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, cristales y marcos	\$0 para la edad de 20 y menores <i>No está cubierto para la edad de 21 y mayores con excepción de cirugía de cataratas.</i>	\$0 para la edad de 20 y menores <i>No está cubierto para la edad de 21 y mayores.</i>

<b>Beneficios</b>	<b>Como un Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS): <u>QMB Dual Eligible</u> – Usted paga:</b>	<b>Como un Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS): <u>No QMB Dual Eligible</u> – Usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS INTENSIVOS Y A LARGO PLAZO (1)</b>		
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, cristales y marcos	\$0 para la edad de 20 y menores. <i>No está cubierto para la edad de 21 y mayores con excepción de cirugía de cataratas.</i>	\$0 para la edad de 20 y menores. <i>No está cubierto para la edad de 21 y mayores.</i>
Servicios odontológicos de emergencia para adultos	\$0 para la edad de 21 y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir de octubre El 1<sup>ero</sup> de cada año.</i>	\$0 para la edad de 21 y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir de octubre El 1<sup>ero</sup> de cada año.</i>
Transporte que no es por emergencia médica	\$0	\$0

<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO (1)</b>		
Servicios de centro de enfermería	Costo compartido determinado por el Sistema de contención de costos de atención (AHCCCS)	Costo compartido determinado por el Sistema de contención de costos de atención (AHCCCS)
Servicios de relevo	\$0. <i>Servicios sujetos a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1<sup>ero</sup> de octubre de cada año.</i>	\$0. <i>Servicios sujetos a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1<sup>ero</sup> de octubre de cada año.</i>
Servicios basados en el hogar y la comunidad	Contribución del miembro determinada por el Sistema de contención de costos de atención (AHCCCS)	Contribución del miembro determinada por el Sistema de contención de costos de atención (AHCCCS)
Servicios odontológicos preventivos para adultos (4)	\$0 para la edad de 21 y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1<sup>ero</sup> de octubre de cada año.</i>	\$0 para la edad de 21 y mayores. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1<sup>ero</sup> de octubre de cada año.</i>

(1) Los programas intensivos de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), Regional Behavioral Health Authorities (RBHA) y Mercy Care Department of Child Safety Comprehensive Health Plan (Mercy Care DCS CHP). Los programas de atención a largo plazo de Medicaid incluyen ancianos y personas con discapacidades físicas (Elderly and Physically Disabled, E-PD) y división de discapacidades del desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD).

(2) Consulte el sitio web del Sistema de contención de costos de atención (AHCCCS) para obtener más información relacionada con los costos compartidos, copagos y beneficios.

(3) Los montos de copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, excepto para los medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios que se determine que tienen una enfermedad mental grave (Seriously Mentally Ill, SMI) que utilizan fondos permitidos no titularidad del título XIX.

(4) Además de los servicios odontológicos de emergencia para adultos descritos anteriormente.

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

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

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

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

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

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

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

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

# Estamos a sólo una llamada de distancia

## ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

📞 1-855-565-9518

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellAR](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 (teletipo (TTY): 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

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

## Comprender las normas importantes

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

Los servicios contractuales se financian en parte bajo contrato con el estado de Arizona.