



# Resumen de beneficios de 2022

## Pennsylvania

### **Wellcare Giveback Open (PPO)**

H2128 | 004

### **Wellcare Assist Open (PPO)**

H2128 | 001

### **Wellcare Low Premium Open (PPO)**

H2128 | 003

---

**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 Open (PPO) y Wellcare Assist Open (PPO) y Wellcare Low Premium Open (PPO) 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/allwellpa](http://www.wellcare.com/allwellpa). 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:**

**H2128004000 Wellcare Giveback Open (PPO)** incluye estos condados en Pennsylvania: Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, y Wyoming.

**H2128001000 Wellcare Assist Open (PPO)** incluye estos condados en Pennsylvania: Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, y Wyoming.

**H2128003000 Wellcare Low Premium Open (PPO)** incluye estos condados en Pennsylvania: Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, y Wyoming.

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 proveedores preferidos (PPO)** Disfrutará de la libertad y flexibilidad para acceder a su atención médica donde la desee y cuando la desee. Usted puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el país que acepte verlo como miembro de Medicare, pero por lo general pagará menos cuando utilice proveedores contratados en nuestra red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado. Proveedores fuera de la red/proveedores no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de los planes Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Assist Open (PPO), Wellcare Low Premium Open (PPO), con excepción de ser una situación de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Assist Open (PPO) and Wellcare Low Premium Open (PPO) cuentan con 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/allwellpa](http://www.wellcare.com/allwellpa).

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175 (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. Viste [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA).

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 Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b></p> <p><b>H2128004000 Wellcare Giveback Open (PPO)</b> incluye estos condados en Pennsylvania: Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, and Wyoming.</p> <p><b>H2128001000 Wellcare Assist Open (PPO)</b> incluye estos condados en Pennsylvania: Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, and Wyoming.</p> <p><b>H2128003000 Wellcare Low Premium Open (PPO)</b> incluye estos condados en Pennsylvania: Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, y Wyoming.</p>		

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
<b>Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.</b>			
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$24.70	\$29
<b>Reducción de primas de la Parte B</b>	Este plan ofrece un devolución de 55 dólares cada mes en su cheque de Seguro 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 dentro de la red al año \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$6,700 dentro de la red al año \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$5,000 dentro de la red al año \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$400 de copago al día para los días 1 al 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 20% de coseguro por estadía.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago al día por 1 a 5 días</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>• Copago de \$0 al día por 91 al 120 día</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Dentro de la red</b> Por cada hospitalización, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago al día por 1 a 5 días</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 al 120</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>• Copago de \$0 al día por 91 al 120 día</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Dentro de la red</b> Por cada hospitalización, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 7</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 8 al 120</li> </ul>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$400 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$400 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa al estado de observación a través de un centro para pacientes externos *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$300 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$300 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro para pacientes externos. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$10 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
Especialistas	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$25 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$25 de copago
<b>Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de masa ósea, pruebas de detección de cáncer de mama (mamografía), exámenes cardiovasculares, exámenes de cáncer cervical y vaginal, exámenes de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, hepatitis B, detección de virus, pruebas de detección cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluye vacunas contra la gripe, hepatitis B, vacunas antineumocócicas))</b>	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
<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.
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 si 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 si 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 si es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia</b>	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios relacionados a pruebas específicas en cualquier ubicación es de \$0.	Pruebas de COVID-19 y servicios relacionados a pruebas específicas en cualquier ubicación es de \$0.	Pruebas de COVID-19 y servicios relacionados a pruebas específicas en cualquier ubicación es de \$0.
Servicios de laboratorio	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$75 de copago por todos los demás Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$40 de copago por todos los demás Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$40 de copago por todos los demás Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Radiografías para pacientes externos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$350 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$400 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$100 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$300 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$100 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$300 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Radiología terapéutica	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
<p><b>Servicios de audición</b> Examen auditivo Cubierto por Medicare</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$45 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$35 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$25 de copago</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
Examen de audición de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año
Audífonos  Ajuste/evaluación de audífonos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste(s)/ evaluación(es) cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste(s)/ evaluación(es) cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste(s)/ evaluación(es) cada año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
Asignación para audífonos  Todos los tipos	Hasta una asignación de \$700 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio si su médico o otro tipo de proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio si su médico o otro tipo de proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre diagnóstico de audición y exámenes de equilibrio si su médico o otro tipo de proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Servicios Odontológicos</b>			
Servicios preventivos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  Limpiezas 2 cada año  Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses  Exámenes orales 2 cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  Limpiezas 2 cada año  Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses  Exámenes orales 2 cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  Limpiezas 2 cada año  Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses  Exámenes orales 2 cada año
Tratamiento con flúor	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 cada año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Fuera de la red</b> \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
Servicios de restauración	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio de diagnóstico (s) cada año  <b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio de diagnóstico (s) cada año  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio de diagnóstico (s) cada año  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Endodoncia/periodoncia/ Extracciones	<b>Dentro de la red</b> <u>No cubierto</u>	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u>	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  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	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio diario(s) no de rutina a 24 meses	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio diario(s) no rutina a 24 meses	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1servicio diario(s) no de rutina a 24 meses

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p><b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 prótesis procedimiento cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 prótesis procedimiento cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>
Información Odontológica Adicional	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$500.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,500.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$2,000.</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista Cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$45 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$25 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$25 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>
examen de vista rutinario (refracción)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Detección de glaucoma	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubiertas por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$35 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$25 de copago
anteojos de rutina  Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/marcos de anteojos  Asignación para anteojos	<b>Dentro de la red</b> copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojo ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta \$1000 de asignación combinado cada año.	<b>Dentro de la red</b> copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojo ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.	<b>Dentro de la red</b> copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojo ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta una asignación combinada de \$300 cada año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Servicios de salud mental</b>  consulta como paciente hospitalizado	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$350 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 40% de coseguro por estadía.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago al día por 1 a 5 días</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Dentro de la red</b> Por cada hospitalización, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago al día por 1 a 5 días</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Dentro de la red</b> Por cada hospitalización, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul>
consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
consulta de terapia individual para pacientes externos	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>\$188 de copago por día, para los días 21 al 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 20% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>\$188 de copago por día, para los días 21 al 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>\$188 de copago por día, para los días 21 al 100</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>\$188 de copago por día, para los días 21 al 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>\$188 de copago por día, para los días 21 al 100</li> </ul>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>  Fisioterapia	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	<b>Dentro de la red</b> \$290 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$290 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$300 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$300 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$350 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$350 de copago
Ambulancia aérea	<b>Dentro de la red</b> \$290 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$290 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$300 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$300 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$350 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$350 de copago
<b>Servicios de transporte</b>	<b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto	Hasta 24 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de millaje.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (por viaje de ida)  *	<b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
	<b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto	<b>Fuera de la red</b> 75% de coseguro  <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 millaje.	<b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  Medicamentos quimioterapéuticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</b>
Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro

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

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, Plan 003</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.	\$480 para el Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidas), de Nivel 5(Nivel de especialidades) ppara medicamentos con medicamento recetado de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	\$100 for Tier 3 (Preferred Brand Drugs), Tier 4 (Medicamentos de marca no preferidas), de Nivel 5(Nivel de especialidades) ppara medicamentos con medicamento recetado de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004		Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001	Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003	
	Preferido	Estándar	Estándar	Preferido	Estándar
<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>					
	Preferido	Estándar	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$7 / \$21 de copago	\$12 / \$36 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$43 / \$129 de copago	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004		Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001	Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003	
	Preferido	Estándar	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	48% / 48% de coseguro	50% / 50% de coseguro	43% / 43% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro
<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).	27% de coseguro / No disponible	27% de coseguro / No disponible	25% de coseguro / No disponible	31% de coseguro / No disponible	31% de 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 Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</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).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 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).	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$20 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$7 / \$0 de copago	\$12 / \$36 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$43 / \$86 de copago	\$43 / \$129 de copago	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	48% / 48% de coseguro	50% / 50% de coseguro	43% / 43% de coseguro	43% / 43% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro



Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001	Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003
<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>Durante esta etapa, para los medicamentos seleccionados en el 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>	<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>

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004		Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001		Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapas 4:</b>						
	Después de que sus costos de bolsillo anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>		Después de que sus costos de bolsillo anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>		Después de que sus costos de bolsillo anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca 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 Sildenafil y Vardenafil, solo genéricos, 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 su Formulario y la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre esta cobertura de medicamentos.



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$10 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$45 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un quiropráctico cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP). \$35 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$25 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *
	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP). \$50 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un médico especialista cubierto por Medicare.	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$35 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un especialista cubierto por Medicare.	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$25 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un especialista cubierto por Medicare.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
	Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	Coseguro del 35% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	Coseguro del 35% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.
<b>Servicios de podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$45 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p> <p><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.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$35 de copago</p> <p><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.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$25 de copago</p> <p><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.</p>
<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 de telemedicina es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>		

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Agencia de atención médica a domicilio</b>	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Comidas</b>  Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	<u>No cubierto</u>	Copago de \$0 por cada comida post-aguda <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.	Copago de \$0 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 para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<u>No</u> cubierto	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 por día hasta por 28 días por mes, para un máximo de 84 comidas. El beneficio puede recibirse hasta por 3 meses.	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 afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. El beneficio puede recibirse hasta por 3 meses.
<b>Equipo/suministros médicos</b> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment DME)	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Prótesis	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Suministros para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$25 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$25 de copago

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago El total máximo el beneficio es \$120 cada tres meses  <b>Lo que debe saber:</b> Los miembros pueden compra elegible artículos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para entrega a su domicilio.	\$0 de copago El total máximo de beneficio es \$110 cada tres meses  <b>Lo que debe saber:</b> Los miembros pueden compra elegible artículos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para entrega a su domicilio.
<b>Programas de bienestar</b>  Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios que el programa de bienestar ofrece, por favor consulte la Evidencia de Cobertura.  El copago de \$0 de la cobertura incluye: Monitor de actividad y Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios que el programa de bienestar ofrece, por favor consulte la Evidencia de Cobertura.  El copago de \$0 de la cobertura incluye: Monitor de actividad y Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios que el programa de bienestar ofrece, por favor consulte la Evidencia de Cobertura.  El copago de \$0 de la cobertura incluye: Monitor de actividad y Acondicionamiento físico

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</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 para dejar de fumar y dejar de consumir tabaco asesoramiento	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas todos los años</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004</b>	<b>Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003</b>
Adicional de rutina física anual	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$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.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$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.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$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.</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (Personal emergency medical response PERS)	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago	<u>No</u> cubierto

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



## Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H2128, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H2128, Plan 001	Wellcare Low Premium Open (PPO) H2128, plan 003
<b>Tarjeta Flex Card</b>	<u>No</u> cubierto	\$750 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 desembolsos directos a un proveedor odontológico de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.	Beneficio anual de \$500  <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 sus costos de desembolso directo a 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.*

**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 preguntas, puede llamar y hablar con un representante de atención al miembro al 1-844-917-0175 (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. Consulta [www.wellcare.com/allwellpa](http://www.wellcare.com/allwellpa) or llama al 1-844-917-0175 (teletipo (TTY): 711) para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC).
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted consulta ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

- Para planes con una prima del plan (no aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- Únicamente para planes HMO:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- Únicamente para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- Únicamente para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

## Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

### Por teléfono

Sin costo al 1-844-917-0175 (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 8:00p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

**En línea:** [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA)

**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.