



Resumen de beneficios de 2022

Pensilvania

Wellcare No Premium Open (PPO)

H2128 | 002

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

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Wellcare No 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. 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 Pensilvania: 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 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.

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium Open (PPO) tiene 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.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Viste 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

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Pensilvania: 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.
Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.	
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0
Deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 dentro de la red al año \$10,000 combinados dentro 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

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día para los días 1 a 5 • \$0 de copago por día para los días 6 a 90 • \$0 de copago al día por 91 al 120 días <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$500 por día para los días 1 al 7 • Copago de \$0 por día para los días 8 al 120
Cobertura de hospital para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	<p>Dentro de la red \$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	<p>Dentro de la red \$90 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	<p>Dentro de la red \$250 de copago</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Especialistas	Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red \$40 de copago
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Atención de emergencia	\$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 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 se exime si es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

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

Beneficios

Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$90 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.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0 Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 35% de coseguro
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	Dentro de la red \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. Copago de \$40 por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. * Fuera de la red 35% de coseguro
Radiografías para pacientes externos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 35% de coseguro

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$225 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$350 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos. *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Radiología terapéutica	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
<p>Servicios de audición Examen auditivo Cubierto por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>
Examen de audición de rutina	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Audífonos	
Ajuste/evaluación de audífonos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año</p>
Asignación para audífonos	Asignación de hasta \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos
Todos los tipos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífonos cada año</p>
Información adicional sobre la audición	<p>Lo que debe saber 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.</p>

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

Beneficios

Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
Servicios odontológicos	
Servicios preventivos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año</p>
Tratamiento con flúor	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 cada año</p>
Servicios integrals cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Servicios de diagnóstico	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio de diagnóstico cada año</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Servicios de restauración	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses</p>
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente</p>
Servicios que no son de rutina	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicios no rutinarios todos los días hasta los 24 meses</p>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Información odontológica adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$1,500.
Servicios de la vista Examen de la vista Cubierto por Medicare	Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * Fuera de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)
Examen de la vista rutinario (refracción)	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro 1 examen al año
Detección de glaucoma	Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubierto por Medicare	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red \$40 de copago

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

Beneficios

Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
<p>Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/Marcos para anteojos</p> <p>Asignación para anteojos</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Hasta \$200 de asignación combinado cada año.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Consulta como paciente hospitalizado</p>	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día para los días 1 a 5 • \$0 de copago por día para los días 6 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$500 por día para los días 1 al 7 • \$0 de copago por día para los días 8 a 90
<p>consulta de terapia individual para pacientes externos consulta</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
<p>Consulta de terapia individual para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>

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

Beneficios

Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$188 copago por día, para los días 21 al 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$188 copago por día, para los días 21 al 100
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Rehabilitación para pacientes externos proporsionados por un terapeuta ocupacional	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Dentro de la red \$30 de copago</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Ambulancia Ambulancia terrestre	Dentro de la red \$350 de copago * Fuera de la red \$350 de copago
Ambulancia aérea	Dentro de la red \$350 de copago * Fuera de la red \$350 de copago
Servicios de transporte	Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto
Medicamentos de la parte B de Medicare Medicamentos quimioterapéuticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro
Otros medicamentos de la parte B	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
Etapa 1: Deducible anual de medicamento recetado		
Deducible	\$160 para medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Nivel de especialidad) Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)		
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.		
Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$7 / \$21 de copago	\$12 / \$36 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de de marca preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
	Preferido	Estándar
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	30% de coseguro / No disponible	30% de coseguro / No disponible
Nivel 6 (Medicamentos de Atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)		
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$7 / \$0 de copago	\$12 / \$36 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de de marca preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.)	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002	
	Preferido	Estándar
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	30% de coseguro / No disponible	30% de coseguro / No disponible
Nivel 6 (Medicamentos de Atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura		
	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 no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la Etapa del periodo sin cobertura.	
Etapa 4:		
	por medicamentos que (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los medicamentos de marca preferidos que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 	

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Acupuntura Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$40 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$40 de copago para acupuntura recibida en el consultorio de un especialista cubierto por Medicare. Coseguro del 35% para la acupuntura cubierta por Medicare recibida en la consulta de un quiropráctico.</p>
Servicios de podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta a 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>
Atención de agencia de salud en el hogar	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Comidas	
Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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.</p>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment (DME))	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Prótesis	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Suministros para diabéticos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 20% de coseguro
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red \$40 de copago

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	<p>\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$35 cada tres meses</p> <p>Lo que usted debe saber: 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>Programas de bienestar</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: Seguimiento de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y dejar de utilizar tabaco	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H2128, Plan 002
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago

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 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

ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP
☎ 1-833-853-0864

📄 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

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

📄 O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥 O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥 O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene 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 o 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 ve 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 (chronic condition special needs plan, 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 (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 1-844-917-0175 (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/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.

Medicare_{Rx}
Prescription Drug Coverage