



Resumen de beneficios de 2022

Pennsylvania

Wellcare Giveback (HMO)

H2915 | 012

Wellcare No Premium (HMO)

H2915 | 003

Wellcare No Premium (HMO)

H2915 | 016

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 Giveback (HMO-POS), Wellcare No Premium Best (HMO) y Wellcare No Premium (HMO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. 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 vive 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 otro tercero.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H2915012000 Wellcare Giveback Open (PPO) incluye estos condados en Pennsylvania: Allegheny, 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, Mercer, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, and Wyoming.

H2915003000 Wellcare No Premium (HMO) includes these counties in Pennsylvania: Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Blair, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Elk, Erie, Fayette, Forest, Greene, Indiana, Jefferson, Lawrence, Lehigh, Luzerne, McKean, Mercer, Monroe, Northampton, Potter, Schuylkill, Somerset, Venango, Warren, Washington, and Westmoreland.

H2915016000 Wellcare No Premium (HMO) includes these counties in Pennsylvania: Berks, Bradford, Bucks, Centre, Chester, Cumberland, Dauphin, Delaware, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lycoming, Mifflin, Montgomery, Perry, Philadelphia, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, and 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Usted puede solicitar un directorio actual de proveedores y farmacias, o una lista actualizada de los proveedores en la red, visitando www.wellcare.com/allwellpa. (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia,

atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos).

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

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

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

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de Teletipo (TTY) deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. 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 Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio:</p> <p>H2915012000 Wellcare Giveback Open (PPO) incluye estos condados en Pennsylvania: Allegheny, 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, Mercer, Mifflin, Monroe, Montgomery, Northampton, Perry, Philadelphia, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, and Wyoming.</p> <p>H2915003000 Wellcare No Premium (HMO) includes these counties in Pennsylvania: Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Blair, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Elk, Erie, Fayette, Forest, Greene, Indiana, Jefferson, Lawrence, Lehigh, Luzerne, McKean, Mercer, Monroe, Northampton, Potter, Schuylkill, Somerset, Venango, Warren, Washington, and Westmoreland.</p> <p>H2915016000 Wellcare No Premium (HMO) includes these counties in Pennsylvania: Berks, Bradford, Bucks, Centre, Chester, Cumberland, Dauphin, Delaware, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lycoming, Mifflin, Montgomery, Perry, Philadelphia, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, and Wyoming.</p>		
Prima mensual del Plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$0
Reducción de primas de la Parte B	Este plan ofrece una devolución de \$39 cada mes en su cheque de la Seguridad Social.	No está disponible	No está disponible

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Deducible	No deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$7,550 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$6,700 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$6,700 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$325 por día para los días 1 a 6 \$0 de copago por día para los días 7 a 90 \$0 de copago por día para los días 91 y más *	Para cada admisión, usted paga: \$350 de copago por estadía por días ilimitados *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$300 de copago por los días por los días del 1 al 7 \$0 de copago por día para los días 8 a 90 \$0 de copago por día para los días 91 y más *
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$295 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$295 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro para pacientes externos. *	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$250 de copago *	\$275 de copago *	\$275 de copago *
Consultas al médico			
Proveedores de atención primaria	\$10 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$40 de copago	\$40 de copago	\$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	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Atención de emergencia	\$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 se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de 50.000\$. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de 50.000\$. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios necesarios de urgencia	\$65 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.
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
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.
Servicios de diagnóstico/ laboratorios/imágenes	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$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. \$30 de copago por todos los demás Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada).	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$175 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$295 de copago por servicios de diagnóstico de radiología recibidos en un entorno ambulatorio. *	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$225 de copago por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$350 de copago por servicios de diagnóstico de radiología recibidos en un entorno ambulatorio. *	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$225 de copago por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$350 de copago por servicios de diagnóstico de radiología recibidos en un entorno ambulatorio. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios de audición Examen auditivo cubierto por Medicare	\$40 de copago *	\$40 de copago *	\$40 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Audífonos			
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago * 1 guarnición(s)/ evaluación(es) cada año	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/ evaluación (es) cada año	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/ evaluación (es) cada año
Asignación para audífonos	Hasta un \$700 asignación para ambas orejas combinadas cada año para audífonos	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1.000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos	\$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año	\$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año	\$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	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 necesita tratamiento médico.	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 necesita tratamiento médico.	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 necesita tratamiento médico.

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios dentales			
Servicios preventivos	\$0 de copago * 2 limpiezas cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses 2 exámenes orales cada año	\$0 de copago * 2 limpiezas cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses 2 exámenes orales cada año	\$0 de copago * 2 limpiezas cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses 2 exámenes orales cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago * 1 cada año	\$0 de copago * 1 cada año	\$0 de copago * 1 cada año
Servicios comprensivos			
Cubierto por Medicare	\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago * 1 servicio (s) de diagnóstico cada año	\$0 de copago * 1 servicio (s) de diagnóstico cada año	20% de coseguro * 1 servicio (s) de diagnóstico cada año

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios de restauración	<u>No cubierto</u>	\$0 de copago *	20% de coseguro *
		1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses	1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses
Endodoncia/periodoncia/extracciones	<u>No cubierto</u>	\$0 de copago *	20% de coseguro *
		1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses	1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses
		1 extracción (es) por diente	1 extracción (es) por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago *	\$0 de copago *	20% de coseguro *
	1 servicio no rutinario todos los días hasta 24 meses	1 servicio no rutinario todos los días hasta 60 meses	1 servicio no rutinario todos los días hasta 24 meses

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, otros servicios	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago * 1 procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses	20% de coseguro * 1 procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida
Información dental adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$500.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$2,000.
Servicios de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 copago de (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare). \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare). *	\$0 copago de (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare). \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare). *	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 de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año

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

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos Asignación para anteojos	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago Lentes de contacto ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) todos los años * Hasta un \$300 combinado asignación cada año	\$0 de copago Lentes de contacto ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) todos los años * Hasta un \$100 Combinado asignación cada año
Servicios de salud mental Consulta como paciente hospitalizado	Para cada admisión, usted paga: • \$310 de copago al día por 1 a 6 días • \$0 de copago por día para los días 7 a 90 *	Para cada admisión, usted paga: • \$350 copago por estadía, para días 1 a 90 *	Para cada admisión, usted paga: • \$265 de copago al día por 1 a 7 días • \$0 de copago por día para los días 8 a 90 *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$30 de copago	\$25 de copago	\$30 de copago
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$30 de copago	\$25 de copago	\$30 de copago
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *
Servicios de terapia y rehabilitación física	\$40 de copago *	\$40 de copago *	\$40 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$40 de copago *	\$40 de copago *	\$40 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$30 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Ambulancia Ambulancia terrestre	\$295 de copago *	\$295 de copago *	\$290 de copago *
Ambulancia aérea	\$295 de copago *	\$295 de copago *	\$290 de copago *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios de transporte	<u>No</u> cubierto	Hasta 12 Viajes unidireccionales cada año aprobado por el plan relacionados con la salud ubicaciones. Pueden aplicarse límites al kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) * Lo que debe saber El primer paso para mantenerse saludable es cómo ir a su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos al plan salud aprobada proveedores de atención médica. Estamos desea asegurarse de que usted recibe la asistencia que necesita, cuando usted necesita. Llame a Servicio al cliente 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Restricciones de kilometraje puede aplicar.	Hasta 12 viajes unidireccionales cada año aprobado por el plan relacionados con la salud ubicaciones. Pueden aplicarse límites al kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) * Lo que debe saber El primer paso para mantenerse saludable es cómo ir a su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos al plan salud aprobada proveedores de atención médica. Estamos desea asegurarse de que usted recibe la asistencia que necesita, cuando usted necesita. Llame a Servicio al cliente 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Restricciones de kilometraje puede aplicar.

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *

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

Cobertura de medicamentos recetados	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016			
Etapa 1: Deducible anual del medicamento recetado						
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.			
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	Preferido	Estándar	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	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago
Nivel 3 (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	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago

Cobertura de medicamentos recetados	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012		Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003		Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta: incluye algunos genéricos y de marca drogas comúnmente se utiliza para tratar afecciones crónicas 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	\$0 / \$0 de copago
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura						
	Después de que sus costos de bolsillo anuales (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430; usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamento durante la etapa del periodo sin cobertura.	Después de que sus costos de bolsillo anuales (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430; usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamento durante la etapa del periodo sin cobertura.	Después de que sus costos de bolsillo anuales (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430; usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamento durante la etapa del periodo sin cobertura.	Después de que sus costos de bolsillo anuales (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430; usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamento durante la etapa del periodo sin cobertura.	Después de que sus costos de bolsillo anuales (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430; usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamento durante la etapa del periodo sin cobertura.	Después de que sus costos de bolsillo anuales (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430; usted no pagará más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, en cualquier nivel de medicamento durante la etapa del periodo sin cobertura.

Cobertura de medicamentos recetados	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012		Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003		Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas						
	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de desembolso personal de medicina (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7.050, usted paga la cantidad mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$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. 	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de desembolso personal de medicina (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7.050, usted paga la cantidad mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$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. 	<p>Después de que sus costos de bolsillo anuales de desembolso personal de medicina (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7.050, usted paga la cantidad mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$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. 			

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

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos sildenafil y Levitra, 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 etapa de cobertura en situación de catastrófica.

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$20 de copago *	\$20 de copago *	\$20 de copago *
Servicios quiroprácticos de rutina	<u>No</u> cubierto	<u>No</u> cubierto	\$20 de copago * 24 consultas al año
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$10 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$40 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$40 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$40 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *
Servicios de acupuntura de rutina	<u>No</u> cubierto	<u>No</u> cubierto	\$15 de copago * Limitado a 24 consultas cada año

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Servicios de podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$40 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago
Servicios de podología de rutina	<u>No cubierto</u> 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.	\$40 de copago 6 consultas al año 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.	<u>No cubierto</u> 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.
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 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>		
Atención de agencia de salud en el hogar	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Comidas Comidas para pacientes con una afección crónica	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago por cada comida para pacientes con una afección crónica ▪ Lo que debe saber Usted no paga nada por comidas entregadas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer que los miembros con afecciones crónicas cambien su estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día hasta 28 días por mes, para un máximo de 84 comidas. El beneficio se puede recibir por hasta 3 meses.	\$0 de copago por cada comida para pacientes con una afección crónica ▪ Lo que debe saber Usted no paga nada por comidas entregadas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer que los miembros con afecciones crónicas cambien su estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día hasta 28 días por mes, para un máximo de 84 comidas. El beneficio se puede recibir por hasta 3 meses.
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$40 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	\$0 de copago El total máximo el beneficio es de \$35 cada tres meses Lo que debe saber Los miembros pueden comprar artículos elegibles en ubicaciones participantes o mediante el catálogo del plan para entregarlos en su hogar.	\$0 de copago El total máximo de beneficio es de \$30 cada tres meses Lo que debe saber Los miembros pueden comprar artículos elegibles en ubicaciones participantes o mediante el catálogo del plan para entregarlos en su hogar.	\$0 de copago El total máximo el beneficio es de \$30 cada tres meses Lo que debe saber Los miembros pueden comprar artículos elegibles en ubicaciones participantes o mediante el catálogo del plan para entregarlos en su hogar.
Programas de bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, por favor consulte la Evidencia de Cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, por favor consulte la Evidencia de Cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, por favor consulte la Evidencia de Cobertura.
Acondicionamiento físico	\$0 la cobertura de copago incluye: Monitor de actividad y Acondicionamiento físico	\$0 la cobertura de copago incluye: Monitor de actividad y Acondicionamiento físico	\$0 la cobertura de copago incluye: Monitor de actividad y Acondicionamiento físico

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
	<p>Lo que usted debe saber:</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>Lo que usted debe saber:</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>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H2915, Plan 012	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 003	Wellcare No Premium (HMO) H2915, Plan 016
Adicional de rutina física anual	\$0 de copago 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.	\$0 de copago 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.	\$0 de copago 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.
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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

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 alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-277-6583 Teletipo (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite www.wellcare.com/allwellpa o llame al 1-866-277-6583 (teletipo (TTY): 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no 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 Medicare Parte B. 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 1-866-277-6583 Teletipo (TTY 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

Horario de atención

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

En línea: www.wellcare.com/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.