



# Resumen de beneficios de 2022

Pennsylvania

**Wellcare Assist (HMO)**

H2915 | 011

---

## **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 de salud cubiertos por Wellcare Assist (HMO) desde el 1 de enero de 2022 al 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 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.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes 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 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 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. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite [www.wellcare.com/allwellpa](http://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 Assist (HMO) 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 son

---

están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser más alta.

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, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (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](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 Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Área de servicio</b>                                                                                         | Nuestra área de servicio incluye los siguientes 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 y Wyoming. |
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare                         | \$36                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Deducible</b>                                                                                                | No deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b><br>(no incluye medicamentos con receta)                     | \$7,550 anualmente<br>Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>                                                      | Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 91 y más</li> </ul> *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b><br>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

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

**Beneficios**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.<br>\$300 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.<br>*                                                                                     |
| <b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$250 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>consultas al médico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Proveedores de atención primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Especialistas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$30 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas). | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Atención de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$90 de copago<br>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<br>Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo. |

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

**Beneficios**

|                                                                                                       | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios necesarios de urgencia</b>                                                               | \$65 de copago<br>No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.                                                                                                                                                                                                                 |
| Cobertura para urgencias en todo el mundo                                                             | \$90 de copago<br>Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.                                      |
| <b>Servicios de diagnóstico/<br/>Laboratorios/Imágenes</b>                                            | Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0                                                                                                                                                                                                          |
| Servicios de laboratorio                                                                              | \$0 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Pruebas de diagnóstico y procedimientos                                                               | \$0 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Radiografías para pacientes ambulatorios                                                              | \$0 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada). | \$0 de copago por un examen de DEXA.<br>\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico.<br>\$175 de copago por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares.<br>\$300 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.<br>* |
| Radiología terapéutica                                                                                | 20% de coseguro<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios de audición</b>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Examen auditivo cubierto por Medicare                                                                 | \$30 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

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

**Beneficios**

|                                                                                                         | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen de audición de rutina                                                                            | \$0 de copago<br>*<br><br>1 examen al año                                                                                                                                                                                  |
| Audífonos<br><br>Ajuste/evaluación de audífonos<br><br>Asignación de audífonos.<br><br>Todos los tipos. | \$0 de copago<br>*<br><br>1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año<br><br>Hasta una asignación de \$700 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.<br><br>\$0 de copago<br>*<br><br>Limitado a 2 audífonos cada año |
| Información adicional sobre la audición                                                                 | <b>Lo que debe saber</b><br>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.           |

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

**Beneficios**

| <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b> |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios odontológicos</b>                   |                                                                                                                                                  |
| Servicios preventivos                            | \$0 de copago<br>*<br><br>Limpiezas 2 cada año<br>Rayos x dentales 1 cada 12 a 36 meses.<br>2 exámenes orales cada año                           |
| Tratamiento con flúor                            | \$0 de copago<br>*<br><br>1 cada año                                                                                                             |
| Servicios comprensivos                           |                                                                                                                                                  |
| Cubierto por Medicare                            | \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br>*                                                                                     |
| Servicios de diagnóstico                         | \$0 de copago<br>*<br><br>1 servicio de diagnóstico cada año                                                                                     |
| Servicios de restauración                        | \$0 de copago<br>*<br><br>1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses                                                                         |
| Endodoncia/periodoncia/<br>extracciones          | \$0 de copago<br>*<br><br>1 servicio (s) de Endodoncia por diente<br>1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses<br>1 extracción (es) por diente |

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

**Beneficios**

|                                                                                        | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios que no son de rutina                                                         | \$0 de copago<br>*<br><br>1 servicio no rutinario todos los días hasta los 60 meses                                                                                                 |
| Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, otros servicios                      | \$0 de copago<br>*<br><br>1 Procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses<br>1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida<br>1 otro servicio cada 6 a 60 meses |
| Información dental adicional                                                           | <b>Lo que usted debe saber:</b><br>Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$3,000.                                                              |
| <b>Servicios de la vista</b><br>Examen de la vista cubierto por Medicare               | Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare).<br>\$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare).<br>*                     |
| Examen de la vista de rutinario (refracción)                                           | \$0 de copago<br>*<br><br>1 examen al año                                                                                                                                           |
| Detección de glaucoma                                                                  | \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                              |
| Anteojos cubiertas por Medicare                                                        | \$0 de copago<br>*                                                                                                                                                                  |
| Anteojos de rutina<br>Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos | \$0 de copago<br>Lentes de contacto ilimitados cada año<br><br>Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año<br>*                                                                |

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

**Beneficios**

| <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asignación para anteojos                                                                            | Hasta \$200 de asignación combinado cada año.                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios de salud mental</b>                                                                    |                                                                                                                                                                                                           |
| Consulta como paciente hospitalizado                                                                | Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> </ul> *                   |
| Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios                                          | \$30 de copago                                                                                                                                                                                            |
| Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios                                          | \$30 de copago                                                                                                                                                                                            |
| <b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>                           | Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$184 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> * |
| <b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                           |
| Física                                                                                              | \$40 de copago<br>*                                                                                                                                                                                       |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional | \$40 de copago<br>*                                                                                                                                                                                       |
| Servicios de rehabilitación pulmonar                                                                | \$30 de copago                                                                                                                                                                                            |

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

**Beneficios**

|                                                                                     | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Ambulancia</b><br>Ambulancia terrestre                                           | \$295 de copago<br>*                             |
| Ambulancia aérea                                                                    | \$295 de copago<br>*                             |
| <b>Servicios de transporte</b>                                                      | <u>No</u> cubierto                               |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b><br>Medicamentos<br>quimioterapéuticos | 20% de coseguro<br>*                             |
| Otros medicamentos de la Parte B                                                    | 20% de coseguro<br>*                             |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Etapa 1: Deducible anual del medicamento recetado</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$480 para el nivel 2 (medicamentos genéricos), 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. |
| <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. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días/90 días).</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Estándar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nivel 1</b><br>(Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).                                                                                                                                                       | \$0 / \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nivel 2</b><br>(Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).                                                                                                                                                                             | \$20 / \$60 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nivel 3</b><br>(Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).                                                                                                                                                        | \$47 / \$141 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nivel 4</b><br>(Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).                                                                                                                                                                    | 42% / 42% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>                                                                                                                                                                        | <b>Wellcare Assist (HMO) H2915, Plan 011</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Estándar</b>                              |
| <p><b>Nivel 5</b><br/> (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).</p> | 25% de coseguro / No disponible              |
| <p><b>Nivel 6</b><br/> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).</p>        | \$0 / \$0 de copago                          |

|                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>                                                                                                                                                               | <b>Wellcare Assist (HMO) H2915, Plan 011</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>Nivel 1</b><br>(Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).                                                                         | \$0 / \$0 de copago                          | \$0 / \$0 de copago             |
| <b>Nivel 2</b><br>(Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).                                                                                               | \$20 / \$0 de copago                         | \$20 / \$60 de copago           |
| <b>Nivel 3</b><br>(Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).                                                                          | \$47 / \$94 de copago                        | \$47 / \$141 de copago          |
| <b>Nivel 4</b><br>(Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).                                                                                      | 42% / 42% de coseguro                        | 42% / 42% de coseguro           |
| <b>Nivel 5</b><br>(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). | 25% de coseguro / No disponible              | 25% de coseguro / No disponible |

| <b>Cobertura para medicamentos con receta</b>                                                                                                                                                                      | <b>Wellcare Assist (HMO) H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                                                    | <b>Preferido</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Estándar</b>     |
| <b>Nivel 6</b><br>(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 |
| <b>Etapas 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                    | Después de que los costes totales de sus medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,230 dólares, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, por cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.                                                                                       |                     |
| <b>Etapas 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                    | Por medicamentos (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"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de copago 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, 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 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 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

|                                                                              | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios quiroprácticos</b><br>Cubiertos por Medicare                    | \$20 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Acupuntura</b><br>Cubiertos por Medicare                                  | \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)<br>\$30 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico especialista cubierto por Medicare.<br>\$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare.<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Servicios de podología (cuidado de los pies)</b><br>Cubierto por Medicare | \$30 de copago<br><br><b>Lo que usted debe saber:</b><br>Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Consultas virtuales</b>                                                   | Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.<br><br>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. |
| <b>Agencia de atención médica a domicilio</b>                                | \$0 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

*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 Assist (HMO)<br>H2915, Plan 011                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comidas</b><br><br>Comidas posteriores al tratamiento                                     | Copago de \$0 por cada comida para después de los cuidados post agudos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b><br/>No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>      |
| <b>Equipo/suministros médicos</b><br>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | 20% de coseguro<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Prótesis                                                                                     | 20% de coseguro<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Suministros para diabéticos                                                                  | \$0 de copago<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos                                            | 20% de coseguro<br>*                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>                                     | \$30 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>                                      | \$0 de copago<br>El beneficio total máximo es de \$90 cada tres meses <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b><br/>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 domicilio.</li> </ul> |
| <b>Programas de bienestar</b><br><br>Acondicionamiento físico                                | Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.<br><br>\$0 de copago<br>La cobertura incluye: Seguimiento 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

|                                                                    | <b>Wellcare Assist (HMO)<br/>H2915, Plan 011</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> |
| Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco | <p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Adicional de rutina física anual                                   | <p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)      | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Tarjeta Flex Card</b>                                           | <p>Beneficio anual de \$500</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo directos a un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>                                                                                                                                                                                                                               |

*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](http://www.wellcare.com/allwellAR)

## ARIZONA

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

📞 1-800-977-7522

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

## CALIFORNIA

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

📞 1-800-275-4737

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

## FLORIDA

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8022

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

## GEORGIA

+ HMO

📞 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

📞 1-877-725-7748

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

## INDIANA

+ HMO, PPO

📞 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

📞 1-833-202-4704

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

## KANSAS

+ HMO, PPO

📞 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

📞 1-833-402-6707

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

## LOUISIANA

+ HMO

📞 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

📞 1-833-541-0767

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

## MISSOURI

+ HMO

📞 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

📞 1-833-298-3361

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

## MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

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

## NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

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

## NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

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

## NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

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

## NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

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

## OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

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

## OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

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

## OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

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

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

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

## PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

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

## SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

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

## TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

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

## WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

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

## WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

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

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

## HORAS DE ATENCIÓN

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

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

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-277-6583 Teletipo (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/allwellpa](http://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 (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](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.