



# Resumen de beneficios de 2022

Nuevo México

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

H2134 | 001

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

H2134 | 003

---

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

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura (EOC) en nuestra página web en [www.wellcare.com/allwellnm](http://www.wellcare.com/allwellnm). Puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

### **¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o por terceros.

### **Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H2134001000 Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP)** incluye estos condados en Nuevo México:

Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio arriba, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance y Valencia.

**H2134003000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)** incluye estos condados en Nuevo México:

Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance y Valencia.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de Teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

### **Comprender la elegibilidad doble**

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

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

### Niveles de Medicare Savings Program (MSP)

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

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

### ¿Qué es "ayuda adicional"?

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

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

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

**Organizaciones de mantenimiento de la salud (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 proveedor de atención primaria (PCP) elegirá a uno que también esté en nuestra red.

---

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actual de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite [www.wellcare.com/allwellnm](http://www.wellcare.com/allwellnm). (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 Use un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

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

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

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de Teletipo (TTY) deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en [www.wellcare.com/allwellNM](http://www.wellcare.com/allwellNM).

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braille, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios para miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H2134001000 Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP)</b> incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Taos, Tarrant y Valencia.  <b>H2134003000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)</b> incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe, Taos, Tarrant y Valencia.</p>	
<b>Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales</b>	<p>H2134001000 incluye (FBDE, QMB+, SLMB+) y H2134003000 incluye (FBDE, QMB, QMB+, SLMB+).  Consulte "niveles de Medicare Savings Program (MSP)" al principio de este documento</p>	
<p>Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p>		
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de masa ósea, pruebas de detección de cáncer de mama (mamografía), exámenes cardiovasculares, exámenes de cáncer cervical y vaginal, exámenes de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, hepatitis B, detección de virus, pruebas de detección cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluye vacunas contra la gripe, hepatitis B, vacunas antineumocócicas))	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido si es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido si es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de 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.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo Cubierto por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año
<b>Audífonos</b>  Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año	\$0 de copago *  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación para audífonos	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1,500 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

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.
<b>Servicios odontológicos</b>		
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año	Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *  1 cada año	\$0 de copago *  1 cada año
<b>Servicios integrales</b>		
Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare *	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *  1 servicio de diagnóstico cada año	\$0 de copago *  1 servicio 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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Servicios de restauración	\$0 de copago *  1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.	\$0 de copago *  1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.
Endodoncia/periodoncia/ Extracciones	\$0 de copago *  1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	\$0 de copago *  1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago *  1 servicio no rutinario cada día a 60 meses	\$0 de copago *  1 servicio no rutinario cada día a 60 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	\$0 de copago *  1 procedimiento de la 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	\$0 de copago *  1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses
Información Odontológica Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$4,000.	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista Cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de vista rutinario (refracción)	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año
Detección de glaucoma	\$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 *
Anteojos de rutina  Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/anteojos marcos  Asignación para anteojos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año  *  Hasta \$300 de asignación combinado cada año.	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año  *  Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.
<b>Servicios de salud mental</b>  Consulta como paciente hospitalizado	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>		
Fisioterapia	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>		
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Servicios de transporte</b>	Hasta 24 traslados de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *	Hasta 12 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>		
Medicamentos quimioterapéuticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Otros medicamentos de la Parte B	\$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.*

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003
<b>Etapa 1: deducible anual de medicamentos recetados</b>		
<b>Deducible</b>	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.
<b>Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>		
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "ayuda adicional". Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.		
<b>Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días/90 días)</b>		
	<b>Estándar</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
	<b>Estándar</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Etapa 3: Periodo sin cobertura</b>				
	Después de que el costo total de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$4,430, usted pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.		Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, usted pagará su costo compartido de "ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa Consulte su	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>				
	<p>Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o</li> <li>• Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos</li> </ul>		<p>Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o</li> <li>• Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos</li> </ul>	

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

Medicamentos excluidos:

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

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

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios quiroprácticos de rutina	\$0 de copago *  12 consultas al año	\$0 de copago *  12 consultas al año
<b>Acupuntura</b> Cubierta por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$0 de copago  <b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	\$0 de copago  <b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> Usted no paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de una estadía en el hospital para pacientes internados para ayudar en la recuperación con un máximo de 3 comidas al día hasta por 14 días.	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.
Comidas para pacientes con una afección crónica	\$0 de copago por cada comida crónica ▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.	Copago de \$0 por cada comida crónica ▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas por día hasta por 28 días por mes, para un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.
<b>Equipo/suministros médicos</b>  Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Prótesis	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	\$0 de copago El beneficio total máximo es \$325 cada tres meses  <b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.	\$0 de copago El beneficio total máximo es \$195 cada tres meses  <b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.
<b>Programas de bienestar</b>  Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.  \$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Tracker y acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.  \$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Tracker 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 Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<u>No</u> cubierto	<p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI)</b>	<p>Acompañante robótico: Usted paga</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Acompañante robótico: Usted paga</p> <p>\$0 de copago</p>

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

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H2134, Plan 001</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2134, Plan 003</b>
Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la evidencia de cobertura.	<p>Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$75 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión. *</p>	<p>Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión. *</p>
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 12 consultas cada año.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 6 consultas cada año.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p>

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

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

---

### **Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales**

Los beneficios descritos en la sección de primas y beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (HMO D-SNP). Para cada beneficio enumerado, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de beneficios depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) va a cubrir los beneficios descritos en la Prima y la sección de Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número gratuito de Medicaid de Nuevo Mexico al 1-888-997-2583 (Teletipo (TTY): 1-505-827-3195).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es

<http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/centennial-care-overview.aspx>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de New Mexico, visite <http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/centennial-care-overview.aspx> o llame a servicios al miembro para obtener ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de New Mexico en el Resumen de servicios de New Mexico en línea en <http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/Centennial-Care-Overview.aspx>.

**Lista de los servicios de Medicaid que se ofrecen, según se pueda modificar por medio de una enmienda al contrato de atención del centenario:**

Centros de tratamiento residenciales acreditados (adultos)
Centros de tratamiento residenciales acreditados
Desarrollo de habilidades adaptativas (autismo)
Atención médica diurna para adultos
Servicios de rehabilitación psicológica para adultos
Servicios del centro de cirugía ambulatoria
Servicios de anestesia
Análisis de conducta aplicada (ABA)
Servicios de tratamiento de la comunidad asertiva
Vida asistida
Cirugía bariátrica
Consulta de apoyo conductual
Servicios de desarrollo de habilidades de manejo conductual
Servicios profesionales de salud conductual; servicios de salud conductual y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
Administración de caso
Servicios de administración de atención crónica
Coadyuvantes comunitarios para personas sordas y ciegas
Servicios de transición comunitaria
Servicios integrales de apoyo comunitario
Servicios de crisis que incluyen centros telefónicos, clínicos, móviles y de estabilización
Centros de clasificación de crisis incluyendo residenciales
Apoyo comunitario personalizado
Servicios de tratamiento diurno
Servicios odontológicos
Servicios de diagnóstico por imágenes y radiología terapéutica
Servicios de diálisis
Equipo médico duradero y provisiones
Respuestas de emergencia

Servicios de emergencia (incluyendo Consultas a la sala de emergencias y emergencias psiquiátricas)
Apoyos laborales
Modificaciones ambientales (\$5.000 límite cada cinco años)
Procedimientos experimentales o de investigación, tecnología o terapias no farmacológicas <sup>1</sup>
Exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)
Servicios de atención personal de EPSDT
EPSDT de enfermería privada
EPSDT de servicios de rehabilitación
Servicios de apoyo de pares familiares
Planificación familiar
Apoyo familiar (salud conductual)
Servicios de centro de salud calificados federalmente
Audífonos y evaluaciones relacionadas
Asistente de salud en el hogar
Servicios de salud en el hogar (aplican limitaciones)
Paciente externo del hospital
Hospitalización hospitalaria en hospitales psiquiátricos autónomos
Servicios intensivos para pacientes ambulatorios
IV servicios para pacientes ambulatorios
Servicios de laboratorio
Tratamiento asistido por medicamentos para la dependencia de opioides
Servicios de comadronas
Servicios de terapia multi-sistémica
Centros de tratamiento residenciales no acreditados y hogares grupales
Servicios de centro de enfermería
Asesoría nutricional
Servicios nutricionales
Servicios ocupacionales
Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes ambulatorios y hospitalización parcial
Hospitalización parcial y para pacientes externos en un hospital psiquiátrico independiente
Servicios profesionales de atención médica para pacientes ambulatorios
Servicios de apoyo de pares
Servicios de atención personal (dirigidos al consumidor y al consumidor delegado)
Servicios de farmacia
Servicios de salud física
Fisioterapia
Consultas al médico

Servicios de podología
Procedimientos de terminación del embarazo
Servicios preventivos
Enfermería privada para adultos
Prótesis y ortopedia
Servicios de rehabilitación psicológica
Instalaciones de radiología
Servicios de recuperación (salud conductual)
Servicios de opción de rehabilitación
Proveedores de servicios de rehabilitación
Bienes relacionados
Servicios de salud reproductiva
Relevo (pueden aplicar límites anuales)
Relevo (salud conductual) (pueden aplicar límites anuales pero se pueden exceder con base en las necesidades de salud y seguridad del miembro)
Servicios de clínicas de salud rural
Servicios basados en la escuela
Servicios de detección, intervención breve, remisión a tratamiento (SBIRT)
Servicios de terapia de mantenimiento especializado
Terapias especializadas (pueden aplicar límites anuales)
Terapia del habla y del lenguaje
Vivienda de apoyo (aplican limitaciones)
Servicios hospitalarios de cama abatible
Servicios de telesalud
Servicios de telemedicina
Tratamiento y servicios para dejar de fumar (pueden incluir consejería, medicamentos y productos con receta médica)
Cheques de salud de TOT a adolescente
Servicios de administración de atención transitoria
Servicios de trasplante
Servicios de transporte (médico)
Servicios de transporte (no médicos) (pueden aplicar límites anuales)
Tratamiento de cuidado temporal I
Tratamiento de cuidado temporal II
Servicios de cuidado de la vista

**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/allwellnm](http://www.wellcare.com/allwellnm) 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 usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

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

## **Comuníquese con nosotros**

**Para obtener más información, comuníquese con nosotros:**

### **Por teléfono**

Sin costo al 1-866-277-6583 (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/allwellNM](http://www.wellcare.com/allwellNM)

**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.

Dichos servicios se financian en parte con el estado de nuevo México.