



Resumen de beneficios de 2022

NUEVO MEXICO

Wellcare Giveback Open (PPO)

H9976 | 004

Wellcare Assist Open (PPO)

H9976 | 001

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

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Wellcare Giveback Open (PPO) y Wellcare Assist Open (PPO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestra página web en 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:

H9976004000 Wellcare Giveback Open (PPO) incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance, and Valencia.

H9976001000 Wellcare Assist Open (PPO) incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Torrance, and 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 u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TELETIPO (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Organizaciones de proveedores preferidos (PPO) Disfrutará de la libertad y flexibilidad para acceder a su atención médica donde la desee y cuando la desee. Usted puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el país que acepte verlo como miembro de Medicare, pero por lo general pagará menos cuando utilice proveedores contratados en nuestra red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado.

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Giveback Open (PPO) y Wellcare Assist Open (PPO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes si

si recurre a proveedores que no pertenecen a nuestra red, su parte que le corresponde 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.

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.

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H9976004000 Wellcare Giveback Open (PPO) incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Tarrant, and Valencia. H9976001000 Wellcare Assist Open (PPO) incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Tarrant, and Valencia.</p>	
Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.		
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$23.90
Reducción de primas de la Parte B	Este plan ofrece una devolución de \$40 cada mes en su cheque del seguro social.	No está disponible
Deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$6,700 dentro de la red anualmente</p> <p>\$10,000 combinados dentro y fuera de la red anualmente</p> <p>Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.</p>	<p>\$6,000 dentro de la red anualmente</p> <p>\$10,000 combinados dentro y fuera de la red anualmente</p> <p>Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$330 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 20% de coseguro por estadía.</p>	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$350 por día para los días 1 a 4 • \$0 de copago por día para los días 5 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$500 por día para los días 1 al 7 • \$0 de copago por día para los días 8 a 90
<p>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red \$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p>Dentro de la red \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$300 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	<p>Dentro de la red \$250 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$200 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	<p>Dentro de la red \$5 de copago</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Especialistas	<p>Dentro de la red \$45 de copago</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, masa ósea medición, cáncer de mama pruebas de detección (mamografía), Exámenes cardiovasculares, cervicales y detección de cáncer de vagina, Exámenes de detección de cáncer colorrectal, Pruebas de detección de diabetes, hepatitis B Detección de virus, cáncer de próstata pruebas de detección (PSA), vacunas (incluye vacunas contra la gripe, hepatitis B vacunas, vacunas antineumocócicas))	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Atención de emergencia	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$90 de copago Emergencia mundial y necesidad de urgencia en todo el mundo los servicios están sujetos a un \$50,000 plan máximo cobertura para medicamentos. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o Hospital de emergencia admisión. El copago no es exonerado si es admitido en el hospital para todo el mundo Servicios de emergencia.	\$90 de copago Emergencia mundial y necesidad de urgencia en todo el mundo los servicios están sujetos a un \$50,000 plan máximo cobertura para medicamentos. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o Hospital de emergencia admisión. El copago no es exonerado si es admitido en el hospital para todo el mundo Servicios de emergencia.
Servicios necesarios de urgencia	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$90 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.	\$90 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.
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0. Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0. Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	Dentro de la red \$0 de copago por cada Prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con diagnóstico de COPD. Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. Copago de \$40 por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. * Fuera de la red 40% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago por cada Prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con diagnóstico de COPD. Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. Copago de \$20 por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. * Fuera de la red 40% de coseguro

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$350 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$100 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$300 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Radiología terapéutica	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
<p>Servicios de audición Examen auditivo cubierto por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$45 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Examen de audición de rutina	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>
Audífonos		
Ajuste/evaluación de audífonos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste(s) / evaluación(es) cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste(s) / evaluación(es) cada año</p>
Asignación para audífonos	Hasta una asignación de \$1,000 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	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífono (s) cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífono (s) cada año</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber 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.	Lo que debe saber 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.
Servicios Odontológicos		
Servicios preventivos	Dentro de la red <u>No</u> cubierto	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año
Tratamiento con flúor	Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro 1 cada año

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	Dentro de la red \$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	Fuera de la red \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Fuera de la red Coseguro del 40% por cada servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro 1 servicio(s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	Dentro de la red <u>No</u> cubierto Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 50% de coseguro 1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	Dentro de la red <u>No cubierto</u>	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red <u>No cubierto</u>	Fuera de la red 50% de coseguro 1 servicio(s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción(es) por diente
Servicios que no son de rutina	Dentro de la red <u>No cubierto</u>	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red <u>No cubierto</u>	Fuera de la red 50% de coseguro 1 servicio(s) no rutinario cada día a 24 meses
Prótesis, otra cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios	Dentro de la red	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red <u>No cubierto</u>	Fuera de la red 50% de coseguro 1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Información Odontológica Adicional		Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,500.
Servicios de la vista Examen de la Vista cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$45 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$25 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 40% de coseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>
Detección de glaucoma	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Anteojos cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos) / Marcos de anteojos	<p>Dentro de la red \$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año</p> <p>*</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año</p> <p>*</p>
Asignación para anteojos	<p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Hasta \$200 de asignación combinado cada año.</p>	<p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Servicios de salud mental		
Consulta como paciente hospitalizado	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día para los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 40% de coseguro por estadía.</p>	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por día para los días 1 a 4 • \$0 de copago por día para los días 5 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$500 por día para los días 1 al 7 • \$0 de copago por día para los días 8 a 90
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$188 de copago por día, para los días 21 al 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-100: 20% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$188 de copago por día, para los días 21 al 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Días 1-100: 20% de coseguro por período de beneficios.</p>
<p>Servicios de terapia y rehabilitación</p> <p>Fisioterapia</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Dentro de la red \$20 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$20 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Ambulancia Ambulancia terrestre	Dentro de la red \$245 de copago * Fuera de la red \$245 de copago	Dentro de la red \$275 de copago * Fuera de la red \$275 de copago
Ambulancia aérea	Dentro de la red \$245 de copago * Fuera de la red \$245 de copago	Dentro de la red \$275 de copago * Fuera de la red \$275 de copago
Servicios de transporte	Dentro de la red <u>No</u> cubierto	Hasta 12 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. Dentro de la red \$0 de copago (por viaje de ida) *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
	Fuera de la red <u>No cubierto</u>	Fuera de la red 75% de coseguro Lo que usted debe saber: 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 kilometraje
Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos quimioterapéuticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro
Otros medicamentos de la Parte B	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001	
Etapa 1: deducible anual de medicamento con receta			
Deducible	\$200 para medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Nivel de especialidad) Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	\$480 para medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 2 (Medicamentos Genéricos), el Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas), el Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y el Nivel 5 (Nivel de Especialidades). Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	
Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)			
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,230/\$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.			
Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)			
	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$15 / \$45 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004		Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90 / \$270 de copago	\$100 / \$300 de copago	43% / 43% de coseguro
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	29% de coseguro / No disponible	29% de coseguro / No disponible	25% de coseguro / No disponible
Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004		Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001	
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
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$15 / \$0 de copago	\$15 / \$45 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$94 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 de copago	43% / 43% de coseguro	43% / 43% de coseguro
Nivel 5 (Nivel de especialidad - incluye medicamentos y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	29% de coseguro /No disponible	29% de coseguro /No disponible	25% de coseguro /No disponible	25% de coseguro /No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004		Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Etapas 3: Etapa del periodo sin cobertura				
	Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura. Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.		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.	
Etapas 4: Cobertura en situaciones catastróficas				
	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"> • 5% de coseguro, o • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos. 		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"> • 5% de coseguro, o • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos. 	

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

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos 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 etapa de Cobertura en situaciones catastróficas.

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Servicios quiroprácticos de rutina	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>12 consultas al año</p>	<p>Dentro de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p>
Acupuntura Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$5 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) \$45 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. *</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un proveedor de atención primaria. \$50 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$25 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. *</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un proveedor de atención primaria. Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
	Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.
Servicios de acupuntura de rutina	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitada a 12 consulta (s) cada año. (dentro de la red y Fuera de la red)</p>	<p>Dentro de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p>
<p>Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$45 de copago</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>
Servicios de podología de rutina	<p>Dentro de la red \$45 de copago</p> <p>Fuera de la red \$50 de copago</p> <p>6 consultas al año</p> <p>Lo que debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>	<p>Dentro de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Lo que debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual 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>	
Atención de agencia de salud en el hogar	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p>
Comidas Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>Lo que usted debe saber: 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.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>Lo que usted debe saber: 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.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p>Lo que debe saber: 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.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p>Lo que debe saber: 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.</p>
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Prótesis	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Suministros para diabéticos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red \$50 de copago	Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red 40% de coseguro
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	\$0 de copago La prestación total máxima es \$60 cada tres meses Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos elegibles de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para entrega a su hogar.	\$0 de copago La prestación total máxima es \$100 cada tres meses Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos elegibles de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para entrega a su hogar.
Programas de bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.
Acondicionamiento físico	\$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico	\$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de tabaquismo y cesación del tabaco asesoramiento	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber: Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber: Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago
<p>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>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>	<p>Acompañante robótico: Usted paga \$0 de copago</p> <p>Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>	<p>Acompañante robótico: Usted paga \$0 de copago</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</p> <p>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>
Tarjeta Flex	<u>No</u> cubierto	<p>Beneficio anual de \$400</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Servicios de apoyo a domicilio	<u>No</u> cubierto	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 12 consultas cada año.</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Usted puede recibir servicios 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 proporcionan en incrementos de dos horas.</p>

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

Beneficios complementarios opcionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
Prima mensual	\$21 Premium La prima mensual es adicional a la prima mensual de la Parte B de Medicare	No está disponible
medicamentos recetados	<p>Centene Silver 1500 20% incluye:</p> <p>Servicios odontológicos Existe un fuera de la red \$1,500 de beneficio combinado para servicios odontológicos preventivos y completos cada año natural.</p> <p>Servicios odontológicos preventivos dentro de la red y fuera de la red: incluye 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con flúor y 1 conjunto de radiografías odontológicas. Usted paga un copago de \$0 por consulta. No se requieren servicios odontológicos integrales. Dentro de la red y fuera de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina Paga el 20% del del costo. • Servicios de diagnóstico – Usted paga 20% del costo total. • Servicio de restauración – Usted paga 20% del costo total. • Endodoncia: usted paga 20% del costo total. • Periodoncia - Usted paga 20% del costo total. 	

Beneficios complementarios opcionales

	Wellcare Giveback Open (PPO) H9976, Plan 004	Wellcare Assist Open (PPO) H9976, Plan 001
	<ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia: usted paga 20% del costo total. • Prótesis, incluyendo dentaduras postizas, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios: usted paga 20% del costo total. 	
<i>Puede requerirse autorización previa.</i>		

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totoġi. Vala’au le Member Services numerā lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

📞 1-855-565-9518

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

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

📞 1-800-977-7522

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

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

📞 1-800-275-4737

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8022

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

📞 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

📞 1-877-725-7748

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

📞 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

📞 1-833-202-4704

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

📞 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

📞 1-833-402-6707

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

📞 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

📞 1-833-541-0767

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

📞 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

📞 1-833-298-3361

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

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

📄 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

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

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

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

📄 O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥 O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥 O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-277-6583 (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 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 están en la lista, 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 los planes con prima del plan (No se aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de la prima mensual del plan, deberá seguir pagando la 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.
- **Sólo para los planes HMO:** Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- **Sólo para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- **Solo para planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califique.
- **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 tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de 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

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.