



# Resumen de beneficios de 2022

## NUEVO MEXICO

### Wellcare No Premium Open (PPO)

H9976 | 002

### Wellcare Low Premium Open (PPO)

H9976 | 003

---

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

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Wellcare No Premium Open (PPO) y Wellcare Low Premium Open (PPO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de Cobertura en 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 vive en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o por terceros.

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

**H9976002000 wellcare no Premium 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 y Valencia.

**H9976003000 Wellcare Low Premium 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](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.

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

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium Open (PPO) and Wellcare Low Premium 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 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 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 No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H9976002000 wellcare no Premium Open (PPO)</b> incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, McKinley, Quay, Rio arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa Fe, Taos, Tarrant y Valencia.</p> <p><b>H9976003000 Wellcare Low Premium Open (PPO)</b> 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>	
<b>Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.</b>		
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$35
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$5,000 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 coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.</p>	<p>\$4,700 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 coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$350 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$350 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$300 de copago por servicio no quirúrgico \$350 de copago por servicio quirúrgico</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$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><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$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><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$200 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$200 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$25 de copago</p>
Especialistas	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Atención preventiva</b> (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))	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$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.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$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**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
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.
<b>Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes</b>  Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<b>Dentro de la red</b> \$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 \$25 por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<b>Dentro de la red</b> \$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. *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$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. *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
Radiología terapéutica	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Examen de audición de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>
<p>Audífonos</p> <p>Ajuste/evaluación de audífonos</p> <p>Asignación para audífonos</p> <p>Todos los tipos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste(s) / evaluación(es) cada año</p> <p>Hasta una asignación de \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífono (s) cada año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste(s) / evaluación(es) cada año</p> <p>Hasta una asignación de \$700 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífono (s) cada año</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, 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	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses</p>
Tratamiento con flúor	<p>Exámenes bucales 2 al año</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 cada año</p>	<p>Exámenes bucales 2 al año</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 cada año</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Servicios integrales Cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	<b>Fuera de la red</b> Coseguro del 50% por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio (s) de diagnóstico cada año	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio (s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>
Servicios que no son de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 servicio (s) no rutinario cada día a 24 meses</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 servicio (s) no rutinario cada día a 24 meses</p>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>La prótesis no está cubierta 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Información Odontológica Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 50% de coaseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * <b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)
Examen de la vista rutinario (refracción)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago * <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago * <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año
Detección de glaucoma	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Anteojos cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>
<p>Anteojos de rutina</p> <p>Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/Marcos de anteojos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitados (cristales y / o marcos) cada año</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitados (cristales y / o marcos) cada año</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>
Asignación para anteojos	Hasta \$100 de asignación combinado cada año.	Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Servicios de salud mental</b>		
Consulta como paciente hospitalizado	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$350 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$350 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$188 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 20% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$188 de copago por día, para los días 21 al 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 20% de coseguro por período de beneficios.</p>
<p><b>Servicios de terapia y rehabilitación</b></p> <p>Fisioterapia</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p><b>Dentro de la red</b> \$20 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$20 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago
Ambulancia aérea	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago
<b>Servicios de transporte</b>	<b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto	<b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto
	<b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto	<b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos quimioterapéuticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro

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

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>		
<b>Etapa 1: Deducible anual de medicamento con receta</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. 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>Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)</b>				
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (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
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002		Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, 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).	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible
<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)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002		Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003	
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)</b>				
<b>Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)</b>				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (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
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro
<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).	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002		Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<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)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>				
	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.		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.	
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>				
	por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• 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.</li> </ul>		por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• 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.</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 etapa de Cobertura en situaciones catastróficas o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Servicios quiroprácticos de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>12 consultas al año</p>	Consulte el beneficio de medicina alternativa complementaria a continuación
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria (PCP). \$35 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$0 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un PCP. Coseguro del 40% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la consulta de un especialista. Coseguro del 40% para</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$35 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><b>Fuera de la red</b> \$25 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la oficina de un PCP. \$50 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
	Acupuntura cubierta por Medicare recibido en un quiropráctico Oficina.	Coseguro del 35% para Acupuntura cubierta por Medicare recibido en un quiropráctico Oficina.
Servicios de acupuntura de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitada a 12 consulta (s) cada todo el año. (dentro de la red y Fuera de la red)</p>	<p>Consulte la medicina alternativa complementaria Beneficio de medicamentos a continuación</p>
<p><b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p><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.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p> <p><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.</p>

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



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<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>	
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
<b>Comidas</b>  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><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.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p><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.</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p><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.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p><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.</p>
<b>Equipo/suministros médicos</b> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
Prótesis	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
Suministros para diabéticos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p>
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$60 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los miembros pueden comprar artículos elegibles de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para entrega a su hogar.</p>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$35 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los miembros pueden comprar artículos elegibles de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para entrega a su hogar.</p>
<b>Programas de bienestar</b>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p>
Acondicionamiento físico	<p>\$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico</p>	<p><u>No</u> cubierto</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> 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><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago <b>Lo que debe saber:</b> 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><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago <b>Lo que debe saber:</b> 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

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
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><b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b></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 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. Se puede requerir una remisión *</p>	<p>Acompañante robótico: Usted paga \$0 de copago Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>
<b>Tarjeta Flex Card</b>	<p>\$500 beneficio anual</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<p>Beneficio anual de \$500</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos 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**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H9976, Plan 002</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976, Plan 003</b>
<b>Medicina alternativa complementaria</b>	<u>No</u> cubierto	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan proporciona 24 consultas para especialidades que incluyen masajes terapéuticos, quiroprácticos de rutina o beneficios de acupuntura.</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Estamos a sólo una llamada de distancia

## ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellAR](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 (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 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 (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.

**Medicare**<sub>Rx</sub>  
Prescription Drug Coverage