



Resumen de beneficios de 2022

ARKANSAS

Wellcare no Premium Medicare (HMO)

H9630 | 004

Wellcare Assist (HMO)

H9630 | 005

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 (HMO) y Wellcare Assist (HMO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

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

H9630004000 wellcare no Premium Medicare (HMO) incluye estos condados en Arkansas: Baxter, Boone, Clark, Conway, Craighead, Faulkner, Garland, Greene, Hot Spring, Lonoke, Marion, Pope, Pulaski y Saline.

H9630005000 Wellcare Assist (HMO) incluye estos condados en Arkansas: Baxter, Boone, Clark, Conway, Craighead, Faulkner, Garland, Greene, Hot Spring, Lonoke, Marion, Pope, Pulaski y Saline.

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

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actual de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite www.wellcare.com/allwellar. (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos).

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium (HMO) y Wellcare Assist (HMO) cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted puede ahorrar dinero al

utilizar nuestra farmacia preferida de venta por correo y recurriendo a los 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/allwellar.

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/allwellaR.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braile, 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 No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H9630004000 wellcare no Premium Medicare (HMO) incluye estos condados en Arkansas: Baxter, Boone, Clark, Conway, Craighead, Faulkner, Garland, Greene, Hot Spring, Lonoke, Marion, Pope, Pulaski y Saline. H9630005000 Wellcare Assist (HMO) incluye estos condados en Arkansas: Baxter, Boone, Clark, Conway, Craighead, Faulkner, Garland, Greene, Hot Spring, Lonoke, Marion, Pope, Pulaski y Saline.</p>	
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$25
Deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$328 de copago por día para los días 1 al 6 • \$0 de copago por día para los días 7 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y más *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$328 de copago por día para los días 1 al 6 • \$0 de copago por día para los días 7 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y más *

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$275 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$275 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$275 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *	\$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$275 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$250 de copago *	\$250 de copago *
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$35 de copago	\$35 de copago
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Atención de emergencia	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 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 Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
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.
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.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$100 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. Copago de \$275 por servicios de diagnóstico de radiología recibidos en un entorno ambulatorio. *	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$75 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. Copago de \$275 por servicios de diagnóstico de radiología recibidos en un entorno ambulatorio. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios de audición		
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$35 de copago *	\$35 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 examen al año	1 examen al año

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Audífonos		
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 ajuste(s) / evaluación(es) cada año	1 ajuste(s) / evaluación(es) cada año
Asignación para audífonos	Hasta una asignación de \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limitado a 2 audífono (s) cada año	Limitado a 2 audífono (s) cada año
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.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Servicios Odontológicos		
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limpiezas 4 cada año	Limpiezas 4 cada año
	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 60 meses	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 60 meses
	Exámenes bucales 2 al año	Exámenes bucales 2 al año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	\$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	2 servicio(s) de diagnóstico cada año	2 servicio(s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	20% de coseguro *	20% de coseguro *
	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 60 meses	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 60 meses

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	20% - 50% de coseguro *	20% - 50% de coseguro *
Servicios que no son de rutina	Servicios de endodoncia ilimitados Servicios de periodoncia ilimitados Extracciones ilimitadas \$0 de copago o un 20% de coseguro *	Servicios de endodoncia ilimitados Servicios de periodoncia ilimitados Extracciones ilimitadas \$0 de copago o un 20% de coseguro *
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	Servicios no rutinarios ilimitados cada año 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 1 Otro servicio cada 6 a 60 meses	Servicios no rutinarios ilimitados cada año 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 1 Otro servicio cada 6 a 60 meses
Información Odontológica Adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios integrales hasta \$500.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios integrales hasta \$1,500.
Servicios de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/Anteojos Marcos Asignación para anteojos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año * Hasta \$200 de asignación combinado cada año.	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año * Hasta \$300 de asignación combinado cada año.
Servicios de salud mental		
Consulta como paciente hospitalizado	Para cada admisión, usted paga: • \$330 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 *	Para cada admisión, usted paga: • \$330 de copago por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$40 de copago	\$40 de copago
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$40 de copago	\$40 de copago

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$184 de copago por día, para los días 21 a 100 *
Servicios de terapia y rehabilitación		
Fisioterapia	\$30 de copago *	\$30 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$30 de copago *	\$30 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$30 de copago	\$30 de copago
Ambulancia		
Ambulancia terrestre	\$265 de copago *	\$265 de copago *
Ambulancia aérea	\$265 de copago *	\$265 de copago *
Servicios de transporte	<u>No</u> cubierto	Hasta 36 traslados de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *

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

Beneficios

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
		<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare		
Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	20% de coseguro *

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Etapa 1: Deducible anual de medicamento con receta		
Deducible	\$250 por medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (Nivel de Especialidades). 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). 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 \$4,430. 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.		
Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días / 90 días)		
	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
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$8 / \$24 de copago	\$20 / \$60 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$47 / \$141 de copago	\$47 / \$141 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
	Estándar	Estándar
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$100/ \$300 de copago	50% / 50% 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).	28% 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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004		Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005	
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).	\$8 / \$0 de copago	\$8 / \$24 de copago	\$20 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$47 / \$94 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).	\$100/ \$200 de copago	\$100/ \$300 de copago	50% / 50% de coseguro	50% / 50% 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).	28% de coseguro /No disponible	28% de coseguro /No disponible	25% de coseguro /No disponible	25% de coseguro /No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D,	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004		Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005	
	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
Etapa 3: 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.		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.	
Etapa 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 No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$20 de copago *	\$20 de copago *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$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. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$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. *
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$35 de copago 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.	\$35 de copago 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.

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

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
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 de telemedicina (también conocida como consulta telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	
Atención de agencia de salud en el hogar	\$0 de copago *	20% de coseguro *
Comidas Comidas posteriores al tratamiento	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>▪</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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>▪</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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>
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$35 de copago	\$35 de copago
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	\$0 de copago La prestación total máxima es \$45 cada tres meses Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.	\$0 de copago La prestación total máxima es \$75 cada tres meses Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.
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.
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p>\$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>\$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>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Medicare (HMO) H9630, Plan 004	Wellcare Assist (HMO) H9630, Plan 005
Tarjeta Flex	<u>No</u> cubierto	\$200 beneficio anual Lo que usted debe saber: El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de desembolso directo en un proveedor odontológico, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.
Servicios de apoyo a domicilio	Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consultas al año. Lo que usted debe saber: Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se proporcionan en incrementos de cuatro horas.	Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consultas cada año. Lo que usted debe saber: Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se proporcionan en incrementos de cuatro horas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

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

📄 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

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

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

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

📄 O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

📞 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8023

🖥️ O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8024

🖥️ O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

📞 1-844-582-5177

🖥️ O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-888-293-5151 (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/allwellar 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.

Online www.wellcare.com/allwellAR

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.