



Resumen de beneficios de 2022 Arkansas

Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP)

H9630 | 011

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

H9630 | 010

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

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

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

H9630011000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye los siguientes condados en Arkansas:

Arkansas, Baxter, Bradley, Calhoun, Carroll, Chicot, Clark, Clay, Cleburne, Cleveland, Conway, Craighead, Crittenden, Cross, Dallas, Desha, Drew, Fulton, Garland, Grant, Greene, Hot Spring, Independence, Izard, Jackson, Jefferson, Lawrence, Lee, Lincoln, Lonoke, Marion, Mississippi, Monroe, Montgomery, Nevada, Newton, Ouachita, Perry, Phillips, Pike, Poinsett, Polk, Prairie, Pulaski, Randolph, Saline, Searcy, Sharp, St. Francis, Stone, Van Buren, White, Woodruff, and Yell.

H9630010000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye los siguientes condados en Arkansas:

Arkansas, Baxter, Bradley, Calhoun, Carroll, Chicot, Clark, Clay, Cleburne, Cleveland, Conway, Craighead, Crittenden, Cross, Dallas, Desha, Drew, Fulton, Garland, Grant, Greene, Hot Spring, Independence, Izard, Jackson, Jefferson, Lawrence, Lee, Lincoln, Lonoke, Marion, Mississippi, Monroe, Montgomery, Nevada, Newton, Ouachita, Perry, Phillips, Pike, Poinsett, Polk, Prairie, Pulaski, Randolph, Saline, Searcy, Sharp, St. Francis, Stone, Van Buren, White, Woodruff, and Yell.

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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Comprender la elegibilidad doble

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos debido a que el estado proporciona cobertura adicional de atención médica y apoyo financiero con base en su nivel de ayuda del programa de ahorros de Medicare (MSP).

La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Algunas personas con

Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas pueden también adquirir cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

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

Niveles del Programa de Ahorro de Medicare (MSP)

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

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

¿Qué es "ayuda adicional"?

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

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

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

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

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Usted puede solicitar un directorio actual de proveedores y farmacias, o una lista actualizada de los proveedores en la red, visitando 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 Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

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

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/allwellAR.

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

Beneficios

| | Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Área de servicio | <p>Nuestros planes y áreas de servicio: H9630011000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye los siguientes condados en Arkansas: Arkansas, Baxter, Bradley, Calhoun, Carroll, Chicot, Clark, Clay, Cleburne, Cleveland, Conway, Craighead, Crittenden, Cross, Dallas, Desha, Drew, Fulton, Garland, Grant, Greene, Hot Spring, Independence, Izard, Jackson, Jefferson, Lawrence, Lee, Lincoln, Lonoke, Marion, Mississippi, Monroe, Montgomery, Nevada, Newton, Ouachita, Perry, Phillips, Pike, Poinsett, Polk, Prairie, Pulaski, Randolph, Saline, Searcy, Sharp, St. Francis, Stone, Van Buren, White, Woodruff, and Yell.</p> <p>H9630010000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye los siguientes condados en Arkansas: Arkansas, Baxter, Bradley, Calhoun, Carroll, Chicot, Clark, Clay, Cleburne, Cleveland, Conway, Craighead, Crittenden, Cross, Dallas, Desha, Drew, Fulton, Garland, Grant, Greene, Hot Spring, Independence, Izard, Jackson, Jefferson, Lawrence, Lee, Lincoln, Lonoke, Marion, Mississippi, Monroe, Montgomery, Nevada, Newton, Ouachita, Perry, Phillips, Pike, Poinsett, Polk, Prairie, Pulaski, Randolph, Saline, Searcy, Sharp, St. Francis, Stone, Van Buren, White, Woodruff, and Yell.</p> | |
| Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales | <p>H9630011000 incluye (FBDE, QMB +) y H9630010000 incluye (FBDE, QMB, QMB+).</p> <p>Consulte "niveles de Medicare Savings Program (MSP)" al principio de este documento</p> | |
| <p>Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y / o el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p> | | |

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

Beneficios

| | Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u terceros. | \$0 | \$0 |
| Deducible | No deducible | No deducible |
| Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta) | \$3,400 anuales Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año. | \$3,400 anuales Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año. |
| Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados | Días 1-90: \$0 de copago por estadía * | Días 1-90: \$0 de copago por estadía * |
| Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | \$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos * | \$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos * |
| Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Consultas al médico Proveedores de atención primaria | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Especialistas | \$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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |
| Atención de emergencia | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Cobertura de emergencia en todo el mundo | \$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. 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 | \$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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura para urgencias en todo el mundo | \$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo. | \$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo. |
| 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 * | \$0 de copago * |
| Radiología terapéutica | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios de audición | | |
| Examen auditivo cubierto por Medicare | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Examen de audición especializado | \$0 de copago * 1 examen al año | \$0 de copago * 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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 \$3,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. | Hasta una asignación de \$2,000 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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 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 | Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare * | Copago de \$0 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 | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | 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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endodoncia/periodoncia/extracciones | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | Servicios de endodoncia ilimitados Servicios de periodoncia ilimitados Extracciones ilimitadas | Servicios de endodoncia ilimitados Servicios de periodoncia ilimitados Extracciones ilimitadas |
| Servicios que no son especializados | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | Servicios no especializados ilimitados todos los años cada año | Servicios no especializados ilimitados cada año |
| Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | 1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses | 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 \$3,000. | Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios integrales hasta \$2,000. |
| Servicios de la vista Examen de la Vista cubierto por Medicare | Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * | Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * |

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

Beneficios

| | Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen de la vista especializado (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 especializados Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos)/anteojos marcos Asignación para anteojos | \$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitadas (cristales y / o marcos) cada año * Hasta \$400 de Asignación combinada cada año. | \$0 de copago Contactos ilimitados cada año anteojos ilimitadas (cristales y / o marcos) cada año * Hasta una asignación combinada de \$300 cada año. |
| Servicios de salud mental | | |
| Consulta como paciente hospitalizado | Días 1-90: \$0 de copago por estadía * | Días 1-90: \$0 de copago por estadía * |
| Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$0 de copago | \$0 de copago |

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

Beneficios

| | Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro de enfermería especializada (skilled Nursing Facility) | Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. * | Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. * |
| Servicios de terapia y rehabilitación | | |
| Fisioterapia | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Ambulancia | | |
| Ambulancia terrestre | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Ambulancia aérea | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios de transporte | Viajes ilimitados para traslado especializado ubicaciones relacionadas con la salud. \$0 de copago (por viaje de ida) * | Hasta 60 viajes de ida cada año según el plan aprobado 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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Lo que usted debe saber: El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p> | <p>Lo que usted debe saber: El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p> |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | | |
| Medicamentos quimioterapéuticos | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Otros medicamentos de la Parte B | \$0 de copago * | \$0 de copago * |

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

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 1: Deducible anual de medicamento con receta | | |
| Deducible | 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. |
| 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. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "ayuda adicional". Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura. | | |
| 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 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca). | Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |
| Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos). | Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |
| Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos). | Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Estándar | Estándar |
| <p>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).</p> | <p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días</p> | <p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días</p> |
| <p>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)).</p> | <p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p> | <p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p> |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Étapa 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 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca). | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |
| Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos). | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |
| Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos). | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Preferido | Estándar | Preferido | Estándar |
| 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). | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días |
| 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)). | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% | Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% |
| Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura | | | | |
| | Después de que el costo total de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$4,430, usted pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca. para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura. | | Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted pagará) 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. | |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | Preferido | Estándar | Preferido | Estándar |
| Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas | | | | |
| | Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o • Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos | | Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o • Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos | |

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

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos 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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Acupuntura Cubiertos por Medicare | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Servicios de podología especializado | \$0 de copago 12 consultas al año 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. | \$0 de copago 6 consultas al año 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. |
| 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 de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p> | |

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

Beneficios adicionales

| | Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención de agencia de salud en el hogar | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Comidas Comidas posteriores al tratamiento | Copago de \$0 por cada comida posterior ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días. | Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días. |
| Comidas para pacientes con una afección crónica | Copago de \$0 por cada comida crónica ▪ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses. | Copago de \$0 por cada comida crónica ▪ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses. |
| Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | \$0 de copago * | \$0 de copago * |

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

Beneficios adicionales

| | Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prótesis | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Suministros para diabéticos | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios del programa de tratamiento de opioides | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) | \$0 de copago La prestación total máxima es \$430 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 \$365 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. \$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico | Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura. \$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico |
| 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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Lo que usted debe saber: 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: 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 | \$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año | \$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año |
| Línea de asesoría de enfermeras las 24 horas | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS) | \$0 de copago | \$0 de copago |
| <p>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI) 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>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>Tarjeta Utility Flex: 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> |

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 dual Liberty (HMO D-SNP) H9630, Plan 011 | Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H9630, Plan 010 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tarjeta Flex Card | <p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p> | <p>Beneficio anual de \$750</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo a un proveedor odontológico, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p> |
| Servicios de apoyo a domicilio | <p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consultas al año.</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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 con licencia o un proveedor del plan con licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p> | <p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consultas cada año.</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Usted puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p> |

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

Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales

Los beneficios descritos en la sección de primas y beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (HMO D-SNP). Para cada beneficio enumerado, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de beneficios depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) va a cubrir los beneficios descritos en la Prima y la sección de Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Arkansas Medi-Cal (Medicaid) gratuitamente al 1-800-482-5431 [Teletipo (TTY: 711).]

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://medicaid.mmis.arkansas.gov/>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Arkansas, visite <https://medicaid.mmis.arkansas.gov/> o llame a servicios al miembro para obtener ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Arkansas en el Resumen de servicios de Arkansas en línea en <https://medicaid.mmis.arkansas.gov/>.

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>consultas al médico</p> <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> | <p>Esto incluye consultas a su médico de atención primaria y especialistas \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Menores de 21 años de edad: No hay límite para el servicio cubierto. Mayores de 21 años de edad: Cubre consultas limitadas a su [proveedor de atención primaria (PCP).] Se requiere una remisión para la consulta al especialista. Cubre consultas limitadas con un enfermero profesional. Se puede requerir una remisión ARKids First-B requiere un copago.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Atención preventiva</p> <p>Estos servicios se proporcionan para ayudar a detectar y prevenir o diagnosticar un problema de salud.</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Imunizaciones</p> <p>Estas vacunas vendrán del [Proveedor de atención primaria (PCP)] o del Departamento de salud de Arkansas en el área.</p> <p>Mamografías (pruebas de detección anuales) papanicolaous y exámenes pélvicos exámenes de detección de cáncer de próstata educación sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales de Educación de salud por escrito, incluyendo boletines informativos • Capacitación nutricional • Dejar de fumar adicional • Otros beneficios de bienestar <p>Bienvenido a Medicare; y consulta de bienestar anual menor de 21 años de edad: Cubre vacunas para prevenir enfermedades y exámenes regulares bajo los servicios de niño sano. No se requiere un copago.</p> <p>Mayores de 21 años de edad: Cubre el número limitado de consultas al médico por año. Los exámenes pélvicos, las pruebas de Papanicolaou y la mamografía están cubiertos para mujeres de todas las edades. No se necesita remisión en el consultorio de un médico.</p> |
| <p>Servicios de audición</p> <p>Esto incluye información sobre la cobertura de los exámenes de la audición y el SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 21 años de edad: Cubre pruebas de audición y audífonos Si está inscrito en el programa Child Health Services (EPSDT). Debe ser recetado por un médico. Si el niño necesita un audífono, se cubren tres consultas de seguimiento al distribuidor de audífonos para asegurarse de que funcione correctamente. Los audífonos no están cubiertos por ARKids Primero-B. Únicamente el examen utilizado para evaluar la condición del oído medio, llamado timpanometría, está cubierto para ARKids First-B • Mayores de 21 años de edad: No está cubierto | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios odontológicos</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Menores de 21 años de edad: Cubre la atención odontológica. Atención de ortodoncia (brackets) si es necesario por razones médicas. Se requiere aprobación previa. Atención de ortodoncia no cubierta por ARKids First-B.</p> <p>Mayores de 21 años de edad: Cubre hasta \$500 al año para la mayoría de la atención odontológica, del 1 de julio al 30 de junio. Incluye una consulta al consultorio, una limpieza, una serie de rayos x y un tratamiento con flúor. Si su dentista dice que lo necesita. Medicaid pagará por la extracción simple de los dientes, la extracción de los dientes quirúrgicos (si lo aprueba primero Medicaid), los empastes y un juego por vida de dentaduras postizas (si lo aprueba primero Medicaid).</p> <p>Las cuotas de laboratorio odontológico y la extracción de dientes no se tienen en cuenta para alcanzar el límite de \$500. Sin embargo, solo puede obtener un juego de dentaduras postizas o dentaduras postizas parciales en su vida. Depende de usted asegurarse de que Medicaid pague por otra atención odontológica si la necesita.</p> <p>Los servicios de ConnectCare incluyen atención odontológica coordinada. Los coordinadores de atención odontológica están disponibles de 8 a.m. a 4:30 p.m. De lunes a viernes para ayudarle con:</p> <p>Información odontológica. Cómo encontrar un dentista de Medicaid en su área para programar citas odontológicas</p> <p>Programar el transporte necesario (Medicaid y ARKids First-A solamente). Los beneficiarios de ARKids First-B no pueden usar el programa de transporte que no es de emergencia (NET).</p> <p>Recordándole acerca de su cita odontológica reprogramación de citas odontológicas faltantes</p> <p>Para obtener más información, llame al 1-800-322-5580 (TDD: 1-800-285-1131).</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios de la vista</p> <p>Esto incluye información sobre la cobertura de los exámenes de la audición y anteojos</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Menores de 21 años de edad: Cubre exámenes de la vista y anteojos limitados. se requiere un copago.</p> <p>Mayores de 21 años: Cubre un número limitado de exámenes de vista y anteojos. se requiere un copago.</p> |
| <p>Servicios de salud mental</p> <p>Esto incluye lo siguiente: consultas de pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas de terapia individual o de grupo en régimen ambulatorio | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Se requiere la remisión de un médico y una autorización previa.</p> |
| <p>Transporte</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios de transporte que no son de emergencia cubren los viajes hacia y desde las citas con el médico y otros servicios cubiertos de Medicaid si usted no tiene otro tipo de transporte.</p> <p>No hay límites en el número de viajes o millas. NET solo lo llevará a y desde los servicios cubiertos por Medicaid.</p> <p>No está cubierto por ARKids First-B.</p> |
| <p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS) examen físico anual especializado adicional • Línea de asesoría de enfermería las 24 horas | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medicamentos con receta | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Cubre la mayoría de los medicamentos genéricos con receta. Es posible que se requiera aprobación previa para algunos medicamentos. Medicamentos de marca que no están cubiertos.</p> <p>Menores de 21 años de edad: No hay límite en el número de recetas médicas por mes.</p> <p>Mayores de 21 años: Cubre un número limitado de recetas al mes.</p> <p>* Los miembros de 18 años de edad y mayores requieren un copago.</p> <p>* ARKids First-B requiere un copago.</p> |
| OTC (Medicamentos de venta libre) | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención a largo plazo | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Atención en el hogar de ancianos Medicaid paga por la atención en el hogar de ancianos en un hogar de ancianos certificado por Medicaid. Para que Medicaid pague por la atención en el hogar de ancianos, un médico debe recomendarlo. El cliente (o alguien que pueda representar al cliente) deberá solicitar atención en el hogar de ancianos en la oficina de DHS en el condado donde se encuentra el hogar de ancianos. Mientras esté en un hogar de ancianos, el cliente no tiene que pagar copagos por atención médica o medicamentos recetados.</p> <p>Programa de Atención Total Incluida para Adultos Mayores (PACE) PACE es un programa para personas de 55 años de edad y mayores que han sido determinadas por el estado, con base en criterios específicos, para necesitar atención en el hogar de ancianos. PACE les permite vivir tan independientemente como sea posible. PACE proporciona todos los servicios necesarios a las personas inscritas en el programa, en todos los entornos de atención médica, las 24 horas del día, todos los días del año.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Exención de autismo</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. El propósito de la exención de autismo es proporcionar un tratamiento intensivo de intervención temprana para beneficiarios de 18 meses a 7 años de edad con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD). Los participantes deben alcanzar los criterios médicos y financieros. Los criterios médicos incluyen cumplir con el nivel de atención de ICF/IID y tener un diagnóstico de ASD. Los servicios basados en la comunidad que se ofrecen a través de la exención de autismo son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación individual/desarrollo de tratamiento provisión de asistentes terapéuticos y refuerzos conductuales Intervención de terapia de intervención en línea de terapia de liderazgo Servicios consultivos clínicos y terapéuticos <p>El programa de exención es operado por los Partners for inclusive Communities (también conocidos como socios) bajo la autoridad administrativa de la división de servicios de discapacidades del desarrollo (DDS).</p> |
| <p>Centros de salud comunitarios</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. Usted puede elegir uno de estos centros de salud como su [Proveedor de atención primaria (PCP)] en lugar de elegir un médico. De lo contrario, necesitará una remisión de su PCP si necesita ir a un FQHC.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exención de apoyo comunitario y laboral | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS) • Servicios diurnos para adultos • Servicios sanitarios de día para adultos • Cuidado de relevo • Modificaciones ambientales |
| Enfermeros profesionales | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> |
| Enfermera-partera (certificada) | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ARKids First-B requiere un copago.</p> |
| Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados menores de 21 años de edad | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. Se requiere la remisión de un médico y una autorización previa. Medicaid debe aprobar estos servicios por anticipado, excepto en una emergencia. El paciente también requerirá un certificado de necesidad para que Medicaid pague. El médico que hace referencia al paciente debe proporcionar este documento. ARKids First-B requiere un copago. El monto del copago depende de la factura del hospital del primer día.</p> |

| Categoría de beneficios | Medicaid de Arkansas |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Servicios de rehabilitación para personas con discapacidades físicas (RSPD)</p> | <p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Medicaid paga por servicios de rehabilitación para niños menores de 21 años de edad con discapacidades físicas, si los servicios son recomendados por un médico u otro profesional de la salud autorizado.</p> <p>Para calificar para los servicios de RSPD, el niño debe haber tenido una lesión cerebral grave, o un trastorno o lesión de la médula espinal. (Los trastornos o lesiones de la médula espinal sólo son elegibles para los servicios de rehabilitación en un hospital de rehabilitación extendido operado por el estado).</p> <p>ARKids First-B (CHIP financiado por el título XXI) no cubre RSPD.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación para jóvenes y niños (RSYC)</p> | <p>Medicaid pagará por servicios de rehabilitación para niños menores de 21 años de edad que estén en el programa EPSDT de servicios de salud infantil y en la custodia o atención de la división de servicios para jóvenes de Arkansas (DYS, por sus siglas en). Estos servicios son para niños que han sido abusados o descuidados, para ayudarles a lidiar con cualquier problema psicológico o emocional que puedan tener.</p> <p>No está cubierto por ARKids First-B.</p> |

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

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

📄 0 visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 0 visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📄 0 visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 0 visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 0 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 (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/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.