



Resumen de beneficios de 2022

California

Wellcare No Premium (HMO)

H0562 | 124

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 de salud cubiertos por Wellcare no Premium Medicare (HMO) desde el 1 de enero de 2022 al 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/healthnetca. 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 otro tercero.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Placer y Sacramento.

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.

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. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/healthnetca. (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) 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 recetados, nuestro formulario de plan completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetca.

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son 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/healthnetCA.

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 (HMO) H0562, Plan 124
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Placer y Sacramento.
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0
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 coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$230 por día para los días 1 al 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 • Copago de \$0 por día para los días 91 y posteriores <p>▪ *</p>
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$150 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ <p>*</p>
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. \$150 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)	\$125 de copago <ul style="list-style-type: none"> ▪ <p>*</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 No Premium (HMO) H0562, Plan 124
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	\$5 de copago
Especialistas	\$20 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
Atención de emergencia	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$90 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo 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	\$10 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$90 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo 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
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago ▪ *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$150 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. ▪ *
Radiología terapéutica	20% de coseguro ▪ *
Servicios de audición	
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$20 de copago *
Examen de audición de rutina	\$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 No Premium (HMO) H0562, Plan 124
Audífonos	
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación de audífonos.	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos.	\$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales	
Cubierto por Medicare	\$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de la vista	
Examen de la Vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$20 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪
Anteojos cubiertos por Medicare	\$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 (HMO) H0562, Plan 124
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos Asignación para anteojos	\$0 de copago lentes de contacto ilimitados cada año Anteojos (lentes y/o marcos) cada año * Hasta \$400 de asignación combinado cada año.
Servicios de salud mental Consulta hospitalaria	Para cada admisión, usted paga: • \$900 de copago por día, para los días 1 a 90 *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago *
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$25 de copago *
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para cada período de beneficios, usted paga: • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$115 de copago por día, para los días 21 a 100 *
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	\$25 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$25 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 (HMO) H0562, Plan 124
Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$0 ▪
Ambulancia Ambulancia terrestre	\$270 de copago *
Ambulancia aérea	\$270 de copago *
Servicios de transporte	<u>No cubierto</u>
Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	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 (HMO) H0562, Plan 124	
Etapa 1: Deducible anual de medicamentos recetados		
Deducible	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. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.		
Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 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 marca no preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90/ \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124	
	Preferido	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>	33% de coaseguro / No disponible	33% de coaseguro / No disponible
<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>	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124	
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
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$0 copago	\$10 / \$30 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$8 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca no preferidas -incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90/\$180 de copago	\$100/ \$300 de copago
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).	33% de coaseguro / No disponible	33% de coaseguro / No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124	
	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
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura		
	Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.	
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 • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago 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 Prueba de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$20 de copago ▪ *
Servicios quiroprácticos de rutina	\$20 de copago ▪ * 36 consultas al año
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$5 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. ▪ *
Servicios de acupuntura de rutina	Copago de \$0 ▪ * Limitado a 36 visita (s) cada año.
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$20 de copago ▪
Servicios de podología de rutina	\$10 de copago ▪ 12 consultas 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 adicionales

	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124
	<p>Lo que usted debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta TeleHealth) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>
Atención de agencia de salud en el hogar	<p>Copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p>20% de coseguro</p> <p>*</p>
Prótesis	<p>20% de coseguro</p> <p>*</p>
Suministros para diabéticos	<p>Copago de \$0</p> <p>*</p>
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<p>20% de coseguro</p> <p>*</p>
Servicios del programa de tratamiento de opioides	<p>\$20 de copago</p> <p>*</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 No Premium (HMO) H0562, Plan 124
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	<p>Copago de \$0 El beneficio total máximo es de \$30 cada tres meses</p> <p>Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos que cumplen con los requisitos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.</p>
<p>Programas de bienestar</p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: El beneficio de este plan proporciona una membresía a Peerfit Move, un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros tendrán 32 créditos cada mes para utilizarlos. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual de gimnasia y/o clases de acondicionamiento físico, o cajas de acondicionamiento físico en el hogar y videos de acondicionamiento físico.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>Copago de \$0</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p>Copago de \$0</p> <p>Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>
Línea de asesoría de enfermeras las 24 horas	<p>Copago de \$0</p>

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

Beneficios complementarios opcionales

	Wellcare No Premium (HMO) H0562, Plan 124
Prima mensual	\$10 Premium La prima mensual es adicional a la prima mensual de la Parte B de Medicare
medicamentos recetados	<p>Centene Enhanced dental includes: Servicios dentales Servicios dentales preventivos: incluye 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con flúor y 1 conjunto de radiografías dentales. Usted paga un copago de \$0 por consulta. No se requieren servicios odontológicos integrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina: usted paga un copago de \$0 por servicio. • Servicios de diagnóstico: usted paga un copago de \$0-\$15 por servicio. • Servicio de restauración: usted paga un copago de \$0-\$300 por servicio. • Endodoncia-usted paga un copago de \$5-\$275 por servicio. • Periodoncia-usted paga un copago de \$0-\$375 por servicio. • Extracciones-usted paga un copago de \$15-\$150 por servicio. • Prótesis, incluyendo dentaduras postizas, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios, usted paga un copago de \$0-\$2250 por servicio.
<i>Puede requerirse autorización previa.</i>	

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

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

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

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

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

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

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

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

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

📞 1-855-565-9518

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

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

📞 1-800-977-7522

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

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

📞 1-800-275-4737

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8022

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

📞 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

📞 1-877-725-7748

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

📞 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

📞 1-833-202-4704

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

📞 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

📞 1-833-402-6707

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

📞 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

📞 1-833-541-0767

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

📞 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

📞 1-833-298-3361

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📄 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

📄 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📄 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📄 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📄 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥 O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥 O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-888-293-5151 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: 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 disponibles 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/allwellaz 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 usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las normas importantes

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

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Sin costo al 1-866-277-6583 (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/healthnetCA

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.