



# **Resumen de beneficios de 2022**

California

**Wellcare No Premium Open (PPO)**

H7360 | 001

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

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

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

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Los proveedores fuera de la red no están obligados a tratar a miembros de Wellcare No Premium Open (PPO), excepto en casos de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium Open (PPO) 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.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y, para los planes con cobertura de medicamentos recetados, nuestro formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca).

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 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. Visítenos en [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA).

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Área de servicio</b>	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Amador y Sutter.
<b>Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.</b>	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 dentro de la red anualmente \$10,000 combinados dentro y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$175 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 91 a 120</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 a 7</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 8 a 120</li> </ul>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<b>Dentro de la red</b> \$300 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$300 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$5 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$25 de copago
Especialistas	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Atención preventiva</b> (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 (incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>\$90 de copago</p> <p>No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.</p>
Cobertura de emergencia en todo el mundo	<p>\$90 de copago</p> <p>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.</p>
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	<p>\$40 de copago</p> <p>No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.</p>
Cobertura para urgencias en todo el mundo	<p>\$90 de copago</p> <p>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.</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b>	<p>Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Servicios de laboratorio	
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. Copago de \$40 por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$100 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$300 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
Radiología terapéutica	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago
Examen de audición de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año
Audífonos  Ajuste/evaluación de audífonos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<p>Asignación de audífonos.</p> <p>Todos los tipos.</p>	<p>Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífonos cada año</p>
<p>Información adicional sobre la audición</p>	<p><b>Lo que debe saber</b> 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.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Servicios preventivos</p> <p>Tratamiento con flúor</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>Limpiezas 2 cada año Rayos x dentales 1 cada 12 a 36 meses. 2 exámenes orales cada año</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 cada año</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Servicios de diagnóstico	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicio de diagnóstico cada año</p>
Servicios de restauración	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses</p>
Endodoncia/periodoncia/e xtracciones	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción(es) por diente</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
Servicios que no son de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicios no rutinarios todos los días hasta los 24 meses</p>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>
Información Dental Adicional	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,500.</p>
<p><b>Servicios de la vista</b> Examen de la vista Cubierto por Medicare</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año
Detección de glaucoma	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago
Anteojos de rutina Lentes de contacto / Anteojos (lentes y marcos) / Marcos de anteojos   Asignación para anteojos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta \$200 de asignación combinado cada año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Servicios de salud mental</b>  Consulta como paciente hospitalizado	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$175 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$500 de copago por día para los días 1 a 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul>
Consulta de terapia individual ambulatoria	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b> (Skilled Nursing Facility, ASC)	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$188 por día para los días 21 a 100</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$188 por día para los días 21 a 100</li> </ul>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>	
Fisioterapia	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago * <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Rehabilitación ambulatoria</b> servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<b>Dentro de la red</b>  \$40 de copago * <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Servicios rehabilitación pulmonar</b>	<b>Dentro de la red</b>  \$30 de copago  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	<b>Dentro de la red</b> \$325 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$325 de copago
Ambulancia aérea	<b>Dentro de la red</b> \$325 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$325 de copago

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Hasta 36 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje.</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 75% de coseguro</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso por lo 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>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos quimioterapéuticos	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
Otros medicamentos de la Parte B	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001	
Etapa 1: Deducible anual de medicamento con receta		
Deducible	\$160 para medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Nivel de especialidad). Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	
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.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$7 / \$21 de copago	\$12 / \$36 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago



<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	30% de coseguro / No disponible	30% de coseguro / No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)		
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$7 / \$0 de copago	\$12 / \$36 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro

<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	30% de coseguro / No disponible	30% de coseguro / No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapas 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>		
	Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de copago para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.	
<b>Etapas 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>		
	por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5% de coseguro, o</li><li>• \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li></ul>	

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

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b>  \$20 de copago  *</p> <p><b>Fuera de la red</b>  35% de coseguro</p>
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b>  Copago de \$5 por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un PCP.  Copago de \$40 por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.  \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare.  *</p> <p><b>Fuera de la red</b>  Copago de \$25 por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un PCP.  Copago de \$50 por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.  35% de coseguro por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio quiropráctico.</p>
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b>  \$40 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b>  \$50 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b>  Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene  daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p>
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al tratamiento	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</p>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Equipo/suministros médicos</b> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Prótesis	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Suministros para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
<b>Artículos de venta libre</b> (Over the Counter, OTC)	<p>\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$35 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> 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>
<b>Programas de bienestar</b>  Acondicionamiento físico	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> 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><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> 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>

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



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7360, Plan 001</b>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	\$0 de copago
<b>Tarjeta Flex Card</b>	<p>\$200 beneficio anual</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los gastos de bolsillo en un proveedor de servicios dentales, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>

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

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

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

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

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

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

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniyam. 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 totoji. Vala’au le Member Services numera 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

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellAR](http://www.wellcare.com/allwellAR)

## ARIZONA

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

📞 1-800-977-7522

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)

## CALIFORNIA

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

📞 1-800-275-4737

💻 O visite [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

## FLORIDA

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8022

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellFL](http://www.wellcare.com/allwellFL)

## GEORGIA

+ HMO

📞 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

📞 1-877-725-7748

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellGA](http://www.wellcare.com/allwellGA)

## INDIANA

+ HMO, PPO

📞 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

📞 1-833-202-4704

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellIN](http://www.wellcare.com/allwellIN)

## KANSAS

+ HMO, PPO

📞 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

📞 1-833-402-6707

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellKS](http://www.wellcare.com/allwellKS)

## LOUISIANA

+ HMO

📞 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

📞 1-833-541-0767

💻 O visite [www.wellcare.com/allwellLA](http://www.wellcare.com/allwellLA)

## MISSOURI

+ HMO

📞 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

📞 1-833-298-3361


💻 O visite [www.wellcare.com/allwellMO](http://www.wellcare.com/allwellMO)

## MISSISSIPPI

 HMO

 1-844-786-7711

 HMO D-SNP

 1-833-260-4124

 O visite [www.wellcare.com/allwellMS](http://www.wellcare.com/allwellMS)

## NEBRASKA

 HMO, PPO

 1-833-542-0693

 HMO D-SNP, PPO D-SNP

 1-833-853-0864

 O visite [www.wellcare.com/NE](http://www.wellcare.com/NE)

## NEVADA

 HMO, HMO C-SNP, PPO

 1-833-854-4766

 HMO D-SNP

 1-833-717-0806

 O visite [www.wellcare.com/allwellNV](http://www.wellcare.com/allwellNV)

## NEW MEXICO

 HMO, PPO

 1-833-543-0246


 HMO D-SNP

 1-844-810-7965

 O visite [www.wellcare.com/allwellNM](http://www.wellcare.com/allwellNM)

## NEW YORK

 HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

 1-800-247-1447

 O visite [www.fideliscare.org/wellcaremedicare](http://www.fideliscare.org/wellcaremedicare)

## OHIO

 HMO, PPO

 1-855-766-1851

 HMO D-SNP

 1-866-389-7690

 O visite [www.wellcare.com/allwellOH](http://www.wellcare.com/allwellOH)

## OKLAHOMA

 HMO, PPO

 1-833-853-0865

 HMO D-SNP

 1-833-853-0866

 O visite [www.wellcare.com/OK](http://www.wellcare.com/OK)

## OREGON

 HMO, PPO

 1-844-582-5177

 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

 HMO D-SNP

 1-844-867-1156

 O visite [www.wellcare.com/trilliumOR](http://www.wellcare.com/trilliumOR)

## PENNSYLVANIA

 HMO, PPO

 1-855-766-1456

 HMO D-SNP

 1-866-330-9368

 O visite [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA)

## SOUTH CAROLINA

 HMO, HMO D-SNP

 1-855-766-1497

 O visite [www.wellcare.com/allwellSC](http://www.wellcare.com/allwellSC)

## TEXAS

 HMO

 1-844-796-6811

 HMO D-SNP

 1-877-935-8023

 O visite [www.wellcare.com/allwellTX](http://www.wellcare.com/allwellTX)

## WISCONSIN

 HMO D-SNP

 1-877-935-8024

 O visite [www.wellcare.com/allwellWI](http://www.wellcare.com/allwellWI)

## WASHINGTON

 PPO

 1-844-582-5177

 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

**TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711**

## HORAS DE ATENCIÓN

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

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

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna duda, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente en el 1-866-277-6583 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca) o llame al 1-866-277-6583 (TTY: 711) para obtener una copia de la *Evidencia de cobertura* (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**

Llame gratis 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.

**Online** [www.wellcare.com/healthnetCA](http://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.

**MedicareRx**  
Prescription Drug Coverage 