

# 2023 Resumen de beneficios

California

**Wellcare No Premium (HMO)** 

H0562 | 120

Wellcare No Premium (HMO)

H0562 | 128

# Sabemos cuán importante es tener un plan de salud en el que pueda confiar.

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud de Wellcare No Premium (HMO) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada servicio, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de servicios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en <a href="www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>. Para solicitar una copia, llame a 1-844-917-0175 (TTY 711): Atendemos de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

# ¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no está pagada por Medicaid o por un tercero. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

### Nuestros planes y áreas de servicio:

H0562120000 Wellcare No Premium (HMO) incluye estos condados en California: Santa Clara y Stanislaus.

H0562128000 Wellcare No Premium (HMO) incluye estos condados en California: San Mateo y Solano.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "**Medicare & You**" (Medicare y Usted). Revíselo en línea en <u>www.medicare.gov</u> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Las HMO generalmente requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) para coordinar la atención y, si necesita un especialista, el PCP elegirá uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le brindan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite <a href="https://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>. (Tenga en cuenta que, a excepción de la atención de emergencia, la atención de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos).

Nuestros planes también incluyen cobertura por medicamentos con receta y acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que

pague menos si usa estas farmacias. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una amplia selección de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa 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 con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web en <a href="www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias). Visítenos en www.wellcare.com/healthnetCA.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) Llame a Servicios para los miembros si necesita la información del plan en otro formato.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Área de servicio  | Nuestros planes y áreas de serv<br>H0562120000 Wellcare No Pre<br>condados en California: Santa Cl<br>H0562128000 Wellcare No Pre<br>condados en California: San Mat        | mium (HMO) incluye estos<br>lara y Stanislaus.<br>mium (HMO) incluye estos  |
| Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)                    | \$0 Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare .  | \$0 Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.   |
| Deducible   | No hay deducible  | No hay deducible  |
| Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) | \$3,450 por año Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.   | \$4,500 por año Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.   |
| Cobertura para pacientes internados en un hospital  | Por cada admisión, usted paga:  • \$190 de copago por día por los días 1 al 7  • \$0 de copago por día por los días 8 al 90  • \$0 de copago por día por los días 91 al 150 | Por cada admisión, usted paga:  • \$200 de copago por día por los días 1 al 5  • \$0 de copago por día por los días 6 al 90  • \$0 de copago por día por los días 91 al 210 |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|---|---|--|
| Cobertura hospitalaria para pacientes externos                                  |   |  |
| Servicios hospitalarios para pacientes externos                                 | \$250 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos  *   | \$75 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos  *   |
| Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos                   | \$125 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. | \$75 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. \$110 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. |
| Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC) | \$150 de copago  *  | \$50 de copago  *  |
| Consultas con el médico   |   |  |
| Proveedores de atención primaria  | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| Especialistas   | \$10 de copago  *   | \$15 de copago  *  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Cuidado preventivo (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (monografías), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas antigripales), vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo) | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| Atención de emergencia  | \$125 de copago<br>El copago no se aplica si lo<br>internan en un hospital dentro<br>de 24 horas. | \$110 de copago<br>El copago no se aplica si lo<br>internan en un hospital dentro<br>de 24 horas. |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Cobertura de emergencias en todo el mundo           | \$125 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. | \$110 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. |
| Servicios de urgencia necesarios                    | \$10 de copago<br>El copago no se aplica si lo<br>internan en un hospital dentro<br>de 24 horas.  | \$0 de copago   |
| Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo | \$125 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.  | \$110 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Servicios de diagnóstico/servicios<br>de laboratorio/diagnóstico por<br>imagen  | Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.     | Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.       |
| Servicios de laboratorio  | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| Pruebas y procedimientos de diagnóstico   | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| Radiografías como paciente externo  | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| Servicios de radiología de diagnóstico (ej. resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan)) | \$0 de copago para una mamografía de diagnóstico. \$250 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. | \$0 de copago para una mamografía de diagnóstico. \$75 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.  * |
| Radiología terapéutica  | 20% de coseguro  *  | 20% de coseguro  *  |
| Servicios auditivos  Examen auditivo cubierto por  Medicare   | \$10 de copago  | \$15 de copago  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120          | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128          |
|--|--|--|
| Examen auditivo de rutina                              | \$0 de copago *  | \$0 de copago  |
|  | 1 examen cada año  | 1 examen cada año  |
| Aparatos auditivos                                     |  |  |
| Prueba(s) para el<br>ajuste/evaluación de<br>audífonos | \$0 de copago  *  1 ajuste/evaluación cada año           | \$0 de copago  *  1 ajuste/evaluación cada año           |
| Crédito para audífonos                                 | Hasta \$500 de crédito por oído cada año para audífonos. | Hasta \$500 de crédito por oído cada año para audífonos. |
| Todos los tipos  | \$0 de copago  | \$0 de copago  |
|  | Se limita a 2 audífono(s) cada año                       | Se limita a 2 audífono(s) cada año                       |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|                                      | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|--------------------------------------|---|--|
| Información adicional sobre audición | Qué debe saber: Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico. | Qué debe saber:  Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico. |
| Servicios dentales                   |   |  |
| Servicios preventivos                | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
|                                      | 2 limpieza(s) cada año  | 2 limpieza(s) cada año   |
|                                      | 1 radiografía(s) dental(es) cada<br>año   | 1 radiografía(s) dental(es) cada<br>año  |
|                                      | 2 examen(es) oral(es) cada año  | 2 examen(es) oral(es) cada año   |
| Tratamiento con fluoruro             | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
|                                      | 1 cada año  | 1 cada año   |
| Servicios dentales integrales        |   |  |
| cubierto por Medicare                | \$10 de copago por cada<br>servicio cubierto por Medicare.  | \$15 de copago por cada<br>servicio cubierto por Medicare.   |
| Servicios de diagnóstico             | \$0 - \$15 de copago<br>*   | \$0 - \$15 de copago<br>*  |
|                                      | Sin límite de servicios de diagnóstico cada año.  | Sin límite de servicios de diagnóstico cada año  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|--|---|--|
| Servicios de restauración                      | \$0 - \$300 de copago<br>*  | \$0 - \$300 de copago<br>*   |
|  | Servicios de restauración sin límite cada año   | Servicios de restauración sin límite cada año  |
| Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones          | \$0 - \$375 de copago   | \$0 - \$375 de copago<br>*   |
|  | Servicios de endodoncia sin<br>límite<br>1 servicio(s) de periodoncia<br>cada 12 a 36 meses, según el<br>tipo de servicio<br>Sin límite de extracciones | Servicios de endodoncia sin límite 1 servicio(s) de periodoncia cada 12 a 36 meses, según el tipo de servicio Sin límite de extracciones |
| Servicios no rutinarios                        | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
|  | Servicios no rutinarios sin límite cada año   | Servicios no rutinarios sin límite cada año  |
| Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros | \$0 - \$2,250 de copago<br>*  | \$0 - \$2,250 de copago<br>*   |
| servicios                                      | Sin límite de pocedimientos de prostodoncia Sin límite de pocedimientos orales maxilofaciales Otros servicios sin límite                                | Sin límite de procedimientos de prostodoncia Sin límite de procedimientos orales maxilofaciales Otros servicios sin límite               |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|--|---|--|
| Atención de la vista   |   |  |
| Examen de la vista cubierto por Medicare                         | \$0 de copago (evaluación de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$10 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) | \$0 de copago (evaluación de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$15 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare)  * |
| Examen de la vista de rutina (Refracción)                        | \$0 de copago  *  | \$0 de copago  *   |
|  | 1 examen cada año   | 1 examen cada año  |
| Prueba de detección de glaucoma                                  | \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  | \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   |
| Anteojos o lentes de contacto<br>Cubiertos por Medicare          | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina              |   |  |
| Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| Crédito para anteojos o<br>lentes de contacto                    | Hasta \$100 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.   | Hasta \$200 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|--|--|--|
| Servicios de atención de la salud mental  Consultas como paciente internado                                  | Por cada admisión, usted paga: • \$900 de copago por estadía por los días 1 al 90 *  | Por cada admisión, usted paga:  • \$200 de copago por día por los días 1 al 5  • \$0 de copago por día por los días 6 al 90  |
| Consulta para terapia individual como paciente externo  Consulta para terapia de grupo como paciente externo | \$25 de copago<br>* \$25 de copago<br>*  | \$25 de copago<br>* \$25 de copago<br>*  |
| Centro de atención de enfermería<br>especializada (Skilled Nursing<br>Facility, SNF)                         | Por cada admisión, usted paga:  • \$0 de copago por día por los días 1 al 20  • \$196 de copago por día por los días 21 al 40  • \$0 de copago por día por los días 41 al 100  * | Por cada admisión, usted paga:  • \$0 de copago por día por los días 1 al 20  • \$196 de copago por día por los días 21 al 50  • \$0 de copago por día por los días 51 al 100  * |
| Servicios de terapia y rehabilitación  Servicios de terapia y rehabilitación                                 | \$10 de copago   | \$15 de copago   |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120 | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128 |
|---|---|---|
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional | \$10 de copago                                  | \$15 de copago  *                               |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  | \$0 de copago                                   | \$0 de copago                                   |
| Ambulancia terrestre  | \$260 de copago                                 | \$250 de copago                                 |
| Ambulancia aérea  | \$260 de copago                                 | \$250 de copago                                 |
| Servicios de transporte   | Sin cobertura                                   | Sin cobertura                                   |
| Medicamentos con receta de la<br>Parte B de Medicare  |   |   |
| Medicamentos para quimioterapia   | 20% de coseguro<br>*                            | 20% de coseguro<br>*                            |
| Otros medicamentos de la Parte<br>B   | 20% de coseguro<br>*                            | 20% de coseguro<br>*                            |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

| Cobertura para<br>medicamentos con<br>receta         | Wellcare No Premium (HMO)<br>H0562, Plan 120  | Wellcare No Premium (HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|--|---|---|
| Etapa 1: Deducible anual por medicamentos con receta |   |   |
| Deducible  | Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos de la Parte D, esta etapa de pago no aplica. | Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos de la Parte D, esta etapa de pago no aplica. |

## Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales por medicamentos alcancen \$4,660. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como su plan. Una vez que alcanza este monto, ingresa a la Etapa del período sin cobertura.

# Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas y la insulina:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).

### Costo compartido minorista (30 días/90 días de suministro)

|   | preferido                | estándar                 | preferido                | estándar                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos | \$0 / \$0 de copago      | \$10 / \$30 de<br>copago | \$0 / \$0 de copago      | \$5 / \$15 de<br>copago |
| Nivel 2 Medicamentos genéricos            | \$10 / \$30 de<br>copago | \$20 / \$60 de<br>copago | \$10 / \$30 de<br>copago | \$15/\$45 de copago     |
| Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos  | \$37 / \$111 de          | \$47 / \$141 de          | \$37 / \$111 de          | \$47 / \$141 de         |
|   | copago                   | copago                   | copago                   | copago                  |
| Nivel 4 Medicamentos no preferidos        | \$90 / \$270 de          | \$100 / \$300 de         | \$90 / \$270 de          | \$100 / \$300 de        |
|   | copago                   | copago                   | copago                   | copago                  |
| Nivel 5                                   | 33% de coseguro          | 33% de coseguro          | 33% de coseguro          | 33% de coseguro         |
| Nivel de                                  | / No está                | / No está                | / No está                | / No está               |
| especialidad                              | disponible               | disponible               | disponible               | disponible              |

| Cobertura para<br>medicamentos con<br>receta            | Wellcare No Premium (HMO)<br>H0562, Plan 120 |                     | Wellcare No Premiu<br>H0562, Plan 128 | m (HMO)             |
|---|--|---------------------|---------------------------------------|---------------------|
|   | preferido                                    | estándar            | preferido                             | estándar            |
| Nivel 6 Medicamentos selectos para la atención estándar | \$0 / \$0 de copago                          | \$0 / \$0 de copago | \$0 / \$0 de copago                   | \$0 / \$0 de copago |

| Cobertura para<br>medicamentos con<br>receta | Wellcare No Premium (HMO)<br>H0562, Plan 120 | Wellcare No Premium (HMO)<br>H0562, Plan 128 |
|--|--|--|
|--|--|--|

# Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (Continuación)

# Costo compartido de pedido por correo (30-días/90-días de suministro)

|   | preferido                                  | estándar                                   | preferido                                  | estándar                                   |
|---|--|--|--|--|
| Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos               | \$0 / \$0 de copago                        | \$10 / \$30 de<br>copago                   | \$0 / \$0 de copago                        | \$5 / \$15 de<br>copago                    |
| Nivel 2<br>Medicamentos<br>genéricos                    | \$10 / \$0 de<br>copago                    | \$20 / \$60 de copago                      | \$10 / \$0 de<br>copago                    | \$15 / \$45 de copago                      |
| Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos                | \$37 / \$74 de<br>copago                   | \$47 / \$141 de<br>copago                  | \$37 / \$74 de<br>copago                   | \$47 / \$141 de<br>copago                  |
| Nivel 4 Medicamentos no preferidos                      | \$90 / \$180 de<br>copago                  | \$100 / \$300 de<br>copago                 | \$90 / \$180 de<br>copago                  | \$100 / \$300 de<br>copago                 |
| Nivel 5<br>Nivel de<br>especialidad                     | 33% de coseguro<br>/ No está<br>disponible |
| Nivel 6 Medicamentos selectos para la atención estándar | \$0 / \$0 de copago                        |

| Cobertura para<br>medicamentos con<br>receta    | Wellcare No Premium (HMO)<br>H0562, Plan 120  |  | Wellcare No Premiu<br>H0562, Plan 128  | т (НМО)  |
|---|---|--|--|--|
|   | preferido   | estándar   | preferido  | estándar   |
| Etapa 3: Etapa del per                          | iodo sin cobertura  |  |  |  |
|   | Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,660, usted pagará 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 sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,660, usted no pagará 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.  Durante esta etapa, para el Nivel 1 y ciertos medicamentos de Nivel 6, usted paga su copago o coseguro. Consulte su Formulario y Evidencia de cobertura para obtener detalles sobre esta cobertura de medicamentos. |  |
| Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas |   |  |  |  |
|   | Después de que sus<br>bolsillo en medicam<br>los medicamentos co<br>de su farmacia mino<br>por correo) alcancer<br>pagará lo que sea m  | nentos (incluidos<br>comprados a través<br>prista y en pedidos<br>n \$7,400, usted | Después de que sus<br>bolsillo en medicam<br>los medicamentos co<br>de su farmacia mino<br>por correo) alcancer<br>pagará lo que sea m   | nentos (incluidos<br>comprados a través<br>prista y en pedidos<br>n \$7,400, usted |
|   | genéricos (inclu  | por medicamentos<br>idos los<br>e marca tratados<br>y \$10.35 de                   | genéricos (inclu   | por medicamentos<br>idos los<br>e marca tratados<br>y \$10.35 de                   |

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en otros niveles que no sean el Nivel 1 y el Nivel 2. Consulte el formulario de este plan para validar el nivel específico en el que sus medicamentos están cubiertos.

El costo compartido puede diferir según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo [Long-Term Care, LTC]), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar, o si la receta es para un medicamento a corto plazo (suministro de 30 días) o a largo plazo (suministro de 90 días).

#### Medicamentos excluidos:

Wellcare No Premium (HMO) y Wellcare No Premium (HMO) incluye(n) cobertura ampliada de medicamentos para ciertos medicamentos excluidos. Solo los genéricos Sildenafil y Vardenafil de Nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis píldoras cada 30 días.

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare, no están cubiertos por la Ayuda adicional. Además, el monto que paga cuando obtiene una receta de estos medicamentos no cuenta para calificar para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte su Formulario y Evidencia de cobertura para obtener detalles sobre esta cobertura de medicamentos.

|  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|--|--|---|
| Servicios de quiropráctica  Cubiertos por Medicare | \$10 de copago   | \$0 de copago   |
| Servicios de quiropráctica de rutina               | \$10 de copago  * 36 consulta(s) cada año  | \$0 de copago  * 24 consulta(s) cada año  |
| Acupuntura   |  |   |
| Cubierta por Medicare                              | \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). \$10 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en el consultorio de un especialista. \$10 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en un consultorio quiropráctico.  * | \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). \$15 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en el consultorio de un especialista. \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en un consultorio quiropráctico.  * |
| Servicios de acupuntura de rutina                  | \$10 de copago   | \$0 de copago   |
|  | Se limita a 36 consulta(s) cada año.   | Se limita a 24 consulta(s) cada año   |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Servicios de podiatría (cuidado de los pies)  Con cobertura de Medicare | \$10 de copago  | \$15 de copago  |
| Servicios de podiatría de rutina  | \$10 de copago  *  12 consulta(s) cada año  | \$15 de copago  *  12 consulta(s) cada año  |
| Consultas virtuales   | Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas de día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consemédico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. L servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más. |   |
|   | Una consulta virtual (también co telesalud) es una consulta con un por Internet, usando un teléfono computadora. Ciertos tipos de co y un dispositivo con cámara. Par programar una cita, llame a Tela 711) las 24 horas del día, los 7 de  | médico, ya sea por teléfono o inteligente, una tableta o una onsultas pueden requerir Internet a obtener más información o para doc al 1-800-835-2362 (TTY: |
| Atención médica a domicilio   | \$0 de copago   | \$0 de copago   |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Equipo/insumos médicos                                  |   |   |
| Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | 20% de coseguro<br>*  | 20% de coseguro<br>*  |
| Dispositivos protésicos                                 | 20% de coseguro<br>*  | 20% de coseguro<br>*  |
| Suministros para la diabetes                            | \$0 de copago<br>*  | \$0 de copago<br>*  |
|   | Es posible que apliquen algunas limitaciones.   | Es posible que apliquen algunas limitaciones.   |
| Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos       | 20% de coseguro<br>*  | 20% de coseguro<br>*  |
| Servicios del programa de tratamiento para opioides     | \$10 de copago<br>*   | \$15 de copago<br>*   |
| Artículos sin receta<br>(Over-the-Counter, OTC)         | \$0 de copago El beneficio máximo es \$57 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado. | \$0 de copago El beneficio máximo es \$78 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado. |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|                          | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120  | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128  |
|--------------------------|--|--|
|                          | Lo que debe saber:   | Lo que debe saber:   |
|                          | Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio. | Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio. |
|                          | - Para hacer un pedido por<br>teléfono, llame al:<br>1-866-528-4679, (TTY 711)   | - Para hacer un pedido por<br>teléfono, llame al:<br>1-866-528-4679, (TTY 711)   |
|                          | - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs.com/otchs/healthnet  | - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs. com/otchs/healthnet   |
| Programas de bienestar   | Para obtener una lista detallada<br>de los beneficios del programa<br>de bienestar que se ofrecen,<br>consulte la Evidencia de<br>cobertura.   | Para obtener una lista detallada<br>de los beneficios del programa<br>de bienestar que se ofrecen,<br>consulte la Evidencia de<br>cobertura.   |
| Acondicionamiento físico | \$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico  | \$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
|   | Lo que debe saber:  | Lo que debe saber:  |
|   | El beneficio de este plan brinda una membresía a un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usarse en una variedad de gimnasios más grandes o en estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros podrán usar hasta 32 créditos cada mes. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, o bien, para adquirir cajas y videos para el acondicionamiento físico en el hogar. | El beneficio de este plan brinda una membresía a un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usarse en una variedad de gimnasios más grandes o en estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros podrán usar hasta 32 créditos cada mes. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, o bien, para adquirir cajas y videos para el acondicionamiento físico en el hogar. |
| Sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar y de consumir tabaco | \$0 de copago  Se limita a 5 consulta(s) cada año   | \$0 de copago<br>Se limita a 5 consulta(s) cada<br>año  |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

|   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 120   | Wellcare No Premium<br>(HMO)<br>H0562, Plan 128   |
|---|---|---|
| Examen físico de rutina anual adicional                               | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
|   | Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico/familiar detallado, una evaluación detallada de pies a cabeza con un examen práctico de todos los sistemas corporales, recomendaciones para evaluaciones/atención de tipo preventivo y asesoría sobre los comportamientos saludables y va más allá de los servicios incluidos en la Consulta anual de bienestar. | Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico/familiar detallado, una evaluación detallada de pies a cabeza con un examen práctico de todos los sistemas corporales, recomendaciones para evaluaciones/atención de tipo preventivo y asesoría sobre los comportamientos saludables y va más allá de los servicios incluidos en la Consulta anual de bienestar. |
| Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas                     | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| Dispositivo de respuesta médica<br>a emergencias personales<br>(PERS) | Sin cobertura   | \$0 de copago   |

La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

# **Multi-Language Insert**

# **Multi-Language Interpreter Services**

**Spanish:** Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们有免费的口译服务来回答您就我们的健康或药物计划提出的任何问题。如需口译员,只需拨打以下页面上的计划号码致电联系我们。会说中文普通话的人员可以协助您。此为免费服务。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員,只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

**Tagalog:** Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheitsoder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

**Korean:** 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

**Russian:** Мыпредоставляембесплатныеуслугиустного перевода, чтобы ответить налюбые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية بمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجانًا.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

**Portugués:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

**Hawaiian:** Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

**Ilocano:** Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

**Samoan:** E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numera o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

# Estamos a Solo una Llamada de Distancia

#### **ARKANSAS**

- 1-855-565-9518
- O visite www.wellcare.com/allwellAR

#### **ARIZONA**

- ♣ HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP
- 1-800-977-7522
- O visite www.wellcare.com/allwellAZ

#### **CALIFORNIA**

- ➡ HMO, HMO C-SNP, PPO
- 1-800-275-4737
- ♣ HMO D-SNP
- 1-800-431-9007
- O visite www.wellcare.com/healthnetCA

#### **FLORIDA**

- ♣ HMO D-SNP
- 1-877-935-8022
- O visite www.wellcare.com/allwellFL

#### **GEORGIA**

- **+** нмо
- 1-844-890-2326
- ➡ HMO D-SNP
- 1-877-725-7748
- O visite www.wellcare.com/allwellGA

#### **INDIANA**

- 1-855-766-1541
- ♣ HMO D-SNP
- 1-833-202-4704
- O visite www.wellcare.com/allwellIN

#### **KANSAS**

- **♣** HMO, PPO
- 1-855-565-9519
- ♣ HMO D-SNP
- 1-833-402-6707
- O visite www.wellcare.com/allwellKS

#### **LOUISIANA**

- **∔** нмо
- 1-855-766-1572
- ♣ HMO D-SNP
- 1-833-541-0767
- O visite www.wellcare.com/allwellLA

#### **MISSOURI**

- **НМО**
- 1-855-766-1452
- 1-833-298-3361
- O visite www.wellcare.com/allwellMO

#### **MISSISSIPPI**

- **₩** НМО
- 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**

- 1-833-543-0246
- 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.wellcare.com/fidelisNY

#### OHIO

- **♣** HMO, PPO
- 1-855-766-1851
- ➡ HMO D-SNP
- 1-866-389-7690
- O visite www.wellcare.com/allwellOH

#### **OKLAHOMA**

- 1-833-853-0865
- HMO D-SNP
- 1-833-853-0866
- O visite www.wellcare.com/OK

#### **OREGON**

- ♣ HMO, PPO
- 1-888-445-8913
- O visite www.wellcare.com/healthnetOR
- 1-844-867-1156
- O visite www.wellcare.com/trilliumOR

#### **PENNSYLVANIA**

- **┿** HMO, PPO
- 1-855-766-1456
- 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**

**НМО** 

1-844-796-6811

♣ HMO D-SNP

1-877-935-8023

O visite www.wellcare.com/allwellTX

## **WISCONSIN**

1-877-935-8024

O visite www.wellcare.com/allwellWI

# **WASHINGTON**

**♣** PPO

1-888-445-8913

O visite www.wellcare.com/healthnetOR

#### **TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711**

# HORARIO DE ATENCIÓN

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

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

# Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-844-917-0175 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).

| Có | mo entender los beneficios  |
|----|---|
|    | La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite <a href="www.www.mellcare.com/healthnetCA">www.mellcare.com/healthnetCA</a> o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios). |
|    | Revise el <i>Directorio de proveedores</i> (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.   |
|    | Revise el <i>Directorio de farmacias</i> para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.   |
|    | Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.   |
| Có | mo entender las normas importantes  |
|    | Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.  |
|    | Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024.  |
|    | <b>Para los planes HMO, CSNP y DSNP:</b> Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el <i>Directorio de proveedores</i> ).   |

# Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

#### Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-917-0175 (TTY 711). Su llamada puede ser atendida por un representante con licencia.

## Horas de operación

Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)

En línea www.wellcare.com/healthnetCA

## Estamos con nuestros miembros en cada paso del camino.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

