2024
Resumen de beneficios

California

Wellcare No Premium Ruby (HMO)

H0562 | 079

©Wellcare 2024

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 cubiertos por Wellcare No Premium Ruby (HMO) desde el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

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 www.wellcare.com/healthnetCA. 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 seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no la paga Medicaid o una tercera persona. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California en: Fresno, Kern, Madera, Stanislaus, y Tulare.

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 www.medicare.gov 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 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, 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 para 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 accesible.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium Ruby (HMO) tiene 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 por los servicios cubiertos puede ser mayor.

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

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es de 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 español, en audio, 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.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	$0 Debe continuar pagando el costo de su prima de la Parte B de Medicare .
Deducible	No hay deducible por atención médica. Consulte la sección de medicamentos con receta para conocer cuál es el deducible de la Parte D.
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	$3,850 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: • $300 de copago por día por los días 1 al 5 • $0 de copago por día por los días 6 al 90 *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico. $300 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos. *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	$135 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. $300 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Servicios en un centro quirúrgico para pacientes externos (ambulatory surgical center, ASC)	$250 de copago *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	$0 de copago
Especialistas	$0 de copago *
Cuidado preventivo (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (mamografía), 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 vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	$0 de copago
Atención de emergencia	$135 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Cobertura de emergencias en todo el mundo	$135 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 en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo ingresan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia necesarios	$25 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	$135 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. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico / servicios de laboratorio / diagnóstico por imagen Servicios de laboratorio	$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio. $50 de copago por pruebas genéticas. *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	$0 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Radiografías para pacientes externos	$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan))	$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. $300 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *
Servicios auditivos Examen auditivo cubierto por Medicare	$0 de copago *
Examen auditivo de rutina	$0 de copago * 1 examen cada año
Aparatos auditivos Prueba(s) para el ajuste/evaluación de audífonos	$0 de copago * 1 ajuste/evaluación cada año

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Crédito para audífonos Todos los tipos	Hasta $500 de crédito por oído cada año para audífonos. $0 de copago * Se limita a 2 audífono(s) cada año
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.
Servicios dentales Servicios preventivos Tratamiento con fluoruro	 $0 de copago * 2 limpieza(s) cada año 1 radiografía(s) dental(es) cada año 2 examen(es) oral(es) cada año $0 de copago * 1 cada año
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare Servicios dentales integrales Servicios de diagnóstico	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. * $0 - $15 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Servicios de restauración	$0 - $300 de copago *
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	$0 - $375 de copago *
Servicios que no sean de rutina	$0 de copago *
Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	$0 - $2,250 de copago * **Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.**
Atención de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) $0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de la vista de rutina (Refracción)	$0 de copago * 1 examen cada año
Prueba de detección de glaucoma	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	$0 de copago *
Anteojos o lentes de contacto de rutina	
Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos	$0 de copago *
Crédito para anteojos o lentes de contacto	Hasta $100 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental	
Consultas como paciente internado	Por cada admisión, usted paga: • $300 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	$25 de copago *
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	$25 de copago *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Por cada admisión, usted paga: • $0 de copago por día por los días 1 al 20 • $203 de copago por día por los días 21 al 40 • $0 de copago por día por los días 41 al 100 *

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	$0 de copago
Ambulancia Ambulancia terrestre	$250 de copago *
Ambulancia aérea	$250 de copago *
Servicios de transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro * Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior al monto indicado anteriormente. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro inferior es publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y puede cambiar de forma trimestral.

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Insulina	$35 de copago (máximo por mes) *
Antígeno de alergia	0% de coseguro *

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Cobertura para medicamentos con receta	**Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079**	
Etapa 1: Deducible anual por medicamentos con receta		
Deducible	$300 por de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y de Nivel 5 (medicamentos para la atención especializada) medicamentos con receta de la Parte D. En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos (incluidas herpes, tétanos y vacunas de viaje).	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)		
Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales totales por medicamentos alcancen $5,030. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como su plan. Una vez que usted alcanza este monto, ingresa a la Etapa del periodo sin cobertura.		
Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas: 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).		
Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina: Usted no pagará más de $35 hasta por un suministro para un mes, $70 hasta por un suministro para dos meses o $105 hasta por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).		
Costo compartido minorista (30 días/Hasta 100 días de suministro)		
	preferido	**estándar**
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	$0 / $0 de copago	$10 / $30 de copago

Cobertura para medicamentos con receta	**Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079**	
	preferido	**estándar**
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	$10 / $30 de copago	$20 / $60 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	$42 / $126 de copago	$47 / $141 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	50% / 50% de coseguro	50% / 50% de coseguro

Cobertura para medicamentos con receta	**Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079**	
	preferido	**estándar**
Nivel 5 (Medicamentos para la atención especializada) incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	28% de coseguro / No está disponible	28% de coseguro / No está disponible
Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que se utilizan habitualmente para tratar determinadas afecciones crónicas o para prevenir enfermedades (vacunas)	$0 / $0 de copago	$0 / $0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta	**Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079**	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (Continuación)		
Costo compartido de pedido por correo (30 días/Hasta 100 días de suministro)		
	preferido	**estándar**
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	$0 / $0 de copago	$10 / $30 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	$10 / $0 de copago	$20 / $60 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	$42 / $84 de copago	$47 / $141 de copago

Cobertura para medicamentos con receta	**Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079**	
	preferido	**estándar**
Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	50% / 50% de coseguro	50% / 50% de coseguro
Nivel 5 (Medicamentos para la atención especializada) incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	28% de coseguro / No está disponible	28% de coseguro / No está disponible
Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que se utilizan habitualmente para tratar determinadas afecciones crónicas o para prevenir enfermedades (vacunas)	$0 / $0 de copago	$0 / $0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079	
	preferido	**estándar**
Etapa 3: Periodo sin cobertura		
	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen $5,030, 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 periodo sin cobertura. Etapa del periodo sin cobertura: los requisitos de coseguro no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes, el tétanos y las vacunas de viaje. No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos que corresponda.	
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas		
	Usted ingresa a esta etapa después de que sus gastos anuales que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de los pedidos por correo) alcancen $8,000. Una vez que ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año del plan. Durante esta etapa de pago, el plan paga todos los costos por sus medicamentos cubiertos.	

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 para 30 días) o a largo plazo (suministro para 100 días).

Medicamentos excluidos:

Wellcare No Premium Ruby (HMO) incluye la cobertura para medicamentos mejorada de ciertos medicamentos excluidos, como los de Nivel 1 ácido fólico, vitamina B12, vitamina D2 y solo

genéricos de sildenafil y vardenafil. Los genéricos de sildenafil y vardenafil 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 Ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta de estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte su Formulario y su ***Evidencia de cobertura*** para obtener más información sobre esta cobertura de medicamentos.

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	$0 de copago *
Servicios de quiropráctica de rutina	$0 de copago * 12 consulta(s) cada año
Acupuntura Cubierta por Medicare	$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *
Servicios de acupuntura de rutina	$0 de copago * Se limita a 12 consulta(s) cada año.
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Cubiertos por Medicare	$0 de copago *
Servicios de podiatría de rutina	$0 de copago * 12 consulta(s) cada año

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Consultas virtuales	Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más. Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por Internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Agencia de atención médica a domicilio	$0 de copago *
Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *
Dispositivos protésicos	20% de coseguro *
Suministros para la diabetes	$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura.*

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	$0 de copago *
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la ***Evidencia de cobertura***. $0 de copago **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.
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco	$0 de copago Se limita a 5 consulta(s) cada año

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, Plan 079
Examen físico anual	$0 de copago **Lo que debe saber:** El examen incluye un historial médico/familiar detallado y recomendaciones para evaluaciones y/o atención de tipo preventivo.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	$0 de copago
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Consulte la sección Wellcare Spendables™ para obtener más información sobre el beneficio para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).
Wellcare Spendables™	Usted recibirá la cantidad de $101 **cada trimestre** precargada a su tarjeta Wellcare Spendables™. Se carga su crédito el **primer día de cada trimestre (enero, abril, julio, octubre) y vence el último día de cada trimestre.** El crédito de su tarjeta se puede utilizar para: **Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** - Su tarjeta se puede utilizar en establecimientos minoristas participantes, a través de la app móvil o si inicia sesión en su portal del miembro para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para resfriados y alergia, y artículos para diabéticos. Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at the plan numbers on the following pages. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打以下页面上的计划号码联系我们。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電下頁的計劃電話號碼。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa mga sumusunod na pahina. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros figurant sur les pages suivantes. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại chương trình ở các trang sau. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie eine der Telefonnummern auf den folgenden Seiten an. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номерам, представленным на следующих страницах. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة التي تظهر في الصفحات التالية. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें अगले पेज पर दिए गए प्लान नंबर पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare i numeri del piano riportati nelle pagine seguenti. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através dos números do plano nas páginas seguintes. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon tradiktè nan bouch, annik rele nimewo yo pou plan an ki make sou paj ki annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod podany na kolejnych stronach numer odnoszący się do planu. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、次からのページに記載されている弊社の計画担当の電話番号にお問い合わせください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

ALABAMA

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

ARIZONA

HMO, HMO C-SNP
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAZ

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAZ

ARKANSAS

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

CALIFORNIA

HMO, HMO C-SNP, PPO
1-800-275-4737 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)
1-833-236-2366 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
1-800-431-9007
wellcare.com/healthnetCA

DELAWARE

HMO-POS
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

HMO-POS D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

FLORIDA

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

ILLINOIS

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

INDIANA

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN

Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

KANSAS

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO), Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

MICHIGAN

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

MISSOURI

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

NEBRASKA

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

NEVADA

HMO, HMO C-SNP, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNV

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNM

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
1-800-247-1447 (TTY: 711)
wellcare.com/fidelisNY

OHIO

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/OK

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/OK

OREGON

HMO
1-844-582-5177 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetOR

HMO D-SNP
1-844-867-1156 (TTY: 711)
wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellPA

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellPA

TEXAS

Wellcare Complement Assist (HMO), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare Patriot No Premium (HMO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Wellcare Complete - Giveback (HMO), Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

WASHINGTON

PPO
1-844-582-5177 (TTY: 711)
www.wellcare.com/healthnetOR

WISCONSIN

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellWI

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 Servicio al cliente al 1-844-917-0175 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

Cómo 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 www.wellcare.com/healthnetCA 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. (todas las zonas horarias).
- ☐ Revise el ***Directorio de proveedores*** (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 ***Directorio de farmacias*** 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.

Cómo 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 2025.
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para solicitar más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.
- ☐ **Para los planes HMO, CSNP y DSNP:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).

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 D-SNP 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 obligación de atender a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al cliente o consulte su ***Evidencia de cobertura*** para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

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.

Horario de atención

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

En línea

www.wellcare.com/healthnetCA