



2025

Resumen de beneficios

California

Wellcare Premium Ultra (HMO)

H0562 | 009

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 Premium Ultra (HMO) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costos compartidos. No enumera todos los servicios, limitaciones o exclusiones. Encontrará la 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 www.wellcare.com/healthnetca. Para solicitar una copia, llame al 1-800-225-8017 (TTY 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en este plan, usted 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 se paga de otro modo en virtud de California Medi-Cal (Medicaid) o por parte de un tercero. Para ser elegible, también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos.

Cubrimos los servicios y artículos que figuran en este documento y en la *Evidencia de cobertura* si son médicamente necesarios.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Amador, Placer, Sacramento, San Francisco, y Stanislaus.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y Usted). Consúltelo 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 especializados disponibles en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, 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 www.2025wellcaredirectorios.com. **Tenga presente** que, si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red

no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Wellcare Premium Ultra (HMO) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

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 selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar? Wellcare Premium Ultra (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios.

Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa proveedores de la red del plan. Puede ver el *Directorio de proveedores y de farmacias* de nuestro plan en www.2025wellcaredirectories.com. Para los planes con cobertura para medicamentos con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) está en nuestro sitio web 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 audio, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información, o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-800-225-8017 (los usuarios de TTY deben llamar al 711): el horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
<i>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</i>	
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$144 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$100 de deducible por determinados servicios de la Parte B
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$9,350 por año Esto es lo máximo que usted pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B al año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$350 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 100 <p>■ *</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. \$375 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos. ■ *
Servicios de observación hospitalaria 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. \$375 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. ■

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$325 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. ▪ *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$15 de copago ▪ *
Cuidado preventivo (p. ej., 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 las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$110 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Cobertura de emergencias en todo el mundo	<p>\$110 de copago</p> <p>Los servicios de atención de emergencia y 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 <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.</p>
Servicios de urgencia	<p>\$25 de copago</p> <p>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.</p>
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	<p>\$110 de copago</p> <p>Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.</p>
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes Servicios de laboratorio	<p>\$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio. \$50 de copago por pruebas genéticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Radiografías para pacientes externos	<p>\$100 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej.: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan))	<p>\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico.</p> <p>\$375 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos.</p> <p>\$350 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Radiología terapéutica	<p>20% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Servicios auditivos	
Examen de audición cubierto por Medicare	<p>\$15 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> *
Examen auditivo de rutina	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>1 examen (exámenes) cada año</p>
Audífonos	
Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año</p>
Asignación para audífonos Todos los tipos	<p>Hasta \$500 de asignación por oído cada año para audífonos.</p> <p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>Se limita a 2 audífono(s) cada año</p>

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Información adicional sobre audición	<p>Qué debe saber</p> <p>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.</p>
Servicios dentales	
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	\$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de rutina de diagnóstico y preventivos	<p>\$0 de copago *</p> <p>2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es), 1 juego(s) cada año 2 examen oral (exámenes orales) cada año</p>
Tratamiento con fluoruro	<p>\$0 de copago *</p> <p>1 cada año</p>
Otros servicios dentales de diagnóstico	<p>\$15 de copago *</p> <p>Sin límite de servicios cada año</p>
Otros servicios dentales preventivos	<p>\$0 - \$55 de copago *</p> <p>Sin límite de servicios cada año</p>
Servicios integrales de rutina Servicios de restauración	<p>\$0 - \$300 de copago *</p>

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Endodoncia/Periodoncia	\$0 - \$375 de copago *
Cirugía oral y maxilofacial	\$0 - \$70 de copago *
Prostodoncia - fija	\$0 - \$225 de copago *
Prostodoncia - removible	\$70 - \$250 de copago *
Ortodoncia	\$0 - \$2,250 de copago *
Servicios generales complementarios	\$0 - \$125 de copago *
	Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.
Información dental adicional	Lo que debe saber: Este plan proporciona servicios dentales sin un máximo anual de asignación.
Atención de la vista	
Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago (prueba 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 * 1 examen (exámenes) cada año

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪
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 Asignación para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago * Hasta \$100 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consulta como paciente internado	Por cada admisión, usted paga: • \$290 de copago por día por los días 1 al 7 • \$0 de copago por día por los días 8 al 90 ▪ *
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$25 de copago ▪ *
Consulta para terapia grupal 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 • \$214 de copago por día por los días 21 al 70 • \$0 de copago por día por los días 71 al 100 ▪ *

Beneficios

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Servicios de terapia y rehabilitación	
Fisioterapia	\$15 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$15 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago ▪
Ambulancia	
Ambulancia terrestre	\$300 de copago *
Ambulancia aérea	\$300 de copago *
Servicios de transporte	<u>Sin</u> cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) publican la lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo, y puede cambiar trimestralmente.
Insulina	\$35 de copago (máximo por mes) *

Beneficios

	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009
Antígeno de alergia	0% de coseguro *

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Etapa 1: Etapa del deducible anual		
Deducible	<p>\$420 por medicamentos con receta de la Parte D (esto se aplica a los medicamentos en Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)). 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 las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)		
<p>Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p>		
<p>Mensaje importante acerca de lo que 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).</p>		
<p>Mensaje importante acerca de lo que paga por insulina: Usted no pagará más de \$35 por un suministro para hasta un mes, \$70 por un suministro para hasta dos meses o \$105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto sin importar cual sea su nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).</p>		
Costo compartido minorista (30 días/Hasta 100 días de suministro)		
	Preferido	Estándar
<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.</p>	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
	Preferido	Estándar
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro
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 de la Parte D	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
	Preferido	Estándar
<p>Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.</p>	<p>28% de coseguro / <u>No</u> está disponible</p> <p>Se limita a un suministro para 30 días</p>	<p>28% de coseguro / <u>No</u> está disponible</p> <p>Se limita a un suministro para 30 días</p>
<p>Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)</p>	<p>\$0/\$0 de copago</p>	<p>\$0/\$0 de copago</p>

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
Etapa 2: Etapa de 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	\$5 / \$15 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
	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 especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados 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 Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
	Preferido	Estándar
Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas		
	<p>Usted ingresa a esta etapa después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del servicio de pedido por correo) alcancen \$2,000.</p> <p>Una vez que ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	

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 variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o en nuestra red 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 Premium Ultra (HMO) incluye la cobertura para medicamentos mejorada de ciertos medicamentos excluidos, como los de Nivel 1 ácido fólico, vitamina B12, vitamina D2 y solo medicamentos 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.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de

sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).

Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año; o bien, puede visitar [wellcare.healthnetcalifornia.com/MPPP](https://www.wellcare.healthnetcalifornia.com/MPPP).

Beneficios adicionales

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
<i>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</i>	
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	\$15 de copago ■ *
Acupuntura Cubierta por Medicare	\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. ■ *
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Cubiertos por Medicare	\$15 de copago ■ *
Servicios de podiatría de rutina	\$15 de copago ■ * 6 consulta(s) cada año
Consultas virtuales	\$0 de copago por servicios de consultas virtuales realizados a través de Teladoc. Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar

Beneficios adicionales

	Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009
	<p>una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual y dermatología, entre otros.</p> <p>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) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Lo que debe saber: El copago de \$0 mencionado anteriormente solo aplica cuando los servicios se reciben a través de Teladoc. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del proveedor de consultas virtuales, pagará los costos compartidos indicados para dichos proveedores, tal y como se indica en la <i>Evidencia de cobertura</i> (p.ej., si recibe servicios de telesalud de su PCP, pagará el costo compartido del PCP).</p> <p>*</p>
Plataforma de apoyo social	<p>Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades terapéuticas, comunitarias, y a recursos patrocinados por el plan que ayudan a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma Twill hace que le resulte fácil unirse y permanecer involucrado a fin de mantener un curso saludable de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee.</p> <p>Para obtener más información sobre cómo acceder a la plataforma, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>\$0 de copago</p>

Beneficios adicionales

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
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 <i>Evidencia de cobertura</i> .
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$15 de copago ▪ *
Programas educativos sobre salud y bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de educación de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> . \$0 de copago Lo que debe saber: El beneficio de este plan brinda una membresía para un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para utilizar en una variedad de estudios de acondicionamiento físico locales o gimnasios más grandes. Los miembros tendrán 32 créditos cada mes para utilizar. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía

Beneficios adicionales

Wellcare Premium Ultra (HMO) H0562, Plan 009	
	mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, o bien, para adquirir cajas de acondicionamiento físico en el hogar y videos de acondicionamiento físico.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Examen físico anual de rutina	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.</p>
My Wellcare Rewards	<p>Con My Wellcare Rewards, usted gana puntos por completar actividades saludables elegibles. Los puntos pueden canjearse por tarjetas de regalo, de hasta \$75 al año, de sus tiendas favoritas como Walmart®, y más. Puede comenzar a ganar puntos con sólo registrarse. Algunas acciones saludables elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar la Evaluación de riesgos para la salud • Conectar un dispositivo de rastreo del estado físico • Consultas anuales de bienestar • Vacunas anuales contra la gripe • Pruebas de detección de cáncer • Pruebas de hemoglobina A1C <p>Pueden aplicarse restricciones a las tarjetas de regalo.</p>

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանզանահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224 (TTY: 711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-844-428-2224 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (TTY: 711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-844-428-2224 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-844-428-2224 (TTY : 711) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-844-428-2224 (TTY : 711) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

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 1-800-225-8017 (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 1-800-225-8017 (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 2026.
- ❑ **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. Si tiene un plan del Mercado, deberá comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, puede estar pagando por una cobertura que no puede utilizar y puede haber multas en su declaración de impuestos del año siguiente.
- ❑ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (proveedores 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.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Llamada gratuita al 1-800-225-8017 (TTY: 711). Es posible que un agente con licencia conteste su llamada.



Horario de atención

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



En línea

www.wellcare.com/healthnetca