



# Resumen de beneficios de 2022

Texas

**Wellcare No Premium (HMO-POS)**

H0174 | 012 | 001

**Wellcare No Premium (HMO-POS)**

H0174 | 012 | 004

---

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

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

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la Evidencia de Cobertura del Plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). Puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

### **¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o un tercero.

### **Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H0174012001 Wellcare No Premium (HMO-POS)** incluye estos condados en Texas: Bastrop, Blanco, Burnet, Caldwell, Hays, Lee, Milam, Travis y Williamson.

**H0174012004 Wellcare No Premium (HMO-POS)** incluye estos condados en Texas: Bexar, Comal y Guadalupe.

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

**Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el proveedor de atención primaria elegirá a uno que también esté en nuestra red.

**Organizaciones de mantenimiento de la salud-punto de servicio (HMO-POS)** los planes son HMO que, bajo ciertas circunstancias, permiten que los miembros obtengan atención fuera de la red, a menudo a un costo compartido más alto que el proporcionado por los proveedores dentro de la red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a los afiliados al plan Wellcare No Premium (HMO-POS), excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

---

genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium (HMO-POS) y Wellcare No Premium (HMO-POS) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de venta por correo y recurriendo a los proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

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

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175 (los usuarios de Teletipo (TTY) deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare).

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H0174012001 Wellcare No Premium (HMO-POS)</b> incluye estos condados en Texas: Bastrop, Blanco, Burnet, Caldwell, Hays, Lee, Milam, Travis y Williamson.  <b>H0174012004 Wellcare No Premium (HMO-POS)</b> incluye estos condados en Texas: Bexar, Comal y Guadalupe.</p>	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$4,500 dentro de la red anualmente \$4,500 combinados dentro y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$4,500 dentro de la red anualmente \$4,500 combinados dentro y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por día para los días 1 a 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 35% de coseguro por estadía. *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$225 de copago al día para los días 1 a 8</li> <li>• \$0 de copago al día para los días 9 a 90</li> </ul> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 35% de coseguro por estadía. *</p>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por servicio no quirúrgico \$295 de copago por servicio quirúrgico</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por servicio no quirúrgico \$295 de copago por servicio quirúrgico</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$295 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$295 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$175 de copago</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$175 de copago</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Especialistas	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <p>*</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <p>*</p>
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de masa ósea, pruebas de detección de cáncer de mama (mamografía), exámenes cardiovasculares, exámenes de cáncer cervical y vaginal, exámenes de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, hepatitis B, detección de virus, pruebas de detección cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluye vacunas contra la gripe, hepatitis B, vacunas antineumocócicas))	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <p>*</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro*</p>
Atención de emergencia	<p>\$90 de copago</p> <p>No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.</p>	<p>\$90 de copago</p> <p>No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$90 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$90 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios de diagnóstico / Laboratorios / Imágenes</b>  Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada Prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con diagnóstico de COPD. Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$30 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada Prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con diagnóstico de COPD. Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$30 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$75 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$250 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$75 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$250 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
Radiología terapéutica	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Examen de audición de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  1 examen al año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  1 examen al año
Audífonos  Ajuste/evaluación de audífonos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  1 ajuste / evaluación cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  1 ajuste / evaluación cada año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Asignación para audífonos  Todos los tipos	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  Limitado a 2 audífono cada año	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  Limitado a 2 audífono cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios odontológicos</b>		
Servicios preventivos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u>	<b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u>
	Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses	Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses
Tratamiento con flúor	Exámenes bucales 2 al año	Exámenes bucales 2 al año
	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u>	<b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u>
	1 cada año	1 cada año
<b>Servicios comprensivos</b>		
Cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
	<b>Fuera de la red</b> Coseguro del 35% por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Fuera de la red</b> Coseguro del 35% por cada servicio cubierto por Medicare. *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Servicios de diagnóstico	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de diagnóstico cada año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de diagnóstico cada año</p>
Servicios de restauración	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.</p>
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Servicios que no son de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio no rutinario cada día a 60 meses</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio no rutinario cada día a 60 meses</p>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No cubierto</u></p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses</p>
Información odontológica adicional	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la vista cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  1 examen al año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto  1 examen al año</p>
Detección de glaucoma	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪</p> <p><b>Fuera de la red</b> Coseguro del 35% por cada servicio cubierto por Medicare. *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪</p> <p><b>Fuera de la red</b> Coseguro del 35% por cada servicio cubierto por Medicare. *</p>
Anteojos cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<p>Anteojos de rutina</p> <p>Lentes de contacto/anteojos (cristales y marcos) /anteojos bastidores</p> <p>Asignación para anteojos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Lentes de contacto ilimitados cada año</p> <p>Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p>Hasta \$100 de asignación combinado cada año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Lentes de contacto ilimitados cada año</p> <p>Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p>Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <p>Consulta como paciente hospitalizado</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por día para los días 1 a 7</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 8 a 90</li> </ul> <p>▪</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 35% de coseguro por estadía.</p> <p>*</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$225 de copago al día para los días 1 a 8</li> <li>• \$0 de copago al día para los días 9 a 90</li> </ul> <p>▪</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 35% de coseguro por estadía.</p> <p>*</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$165 por día para los días 21 a 100</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 35% de coseguro por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$165 por día para los días 21 a 100</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 - 100: 35% de coseguro por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>  Fisioterapia	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Servicios de rehabilitación pulmonar	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago ▪ *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	<b>Dentro de la red</b> \$225 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$225 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Ambulancia aérea	<b>Dentro de la red</b> \$225 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$225 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
<b>Servicios de transporte</b>	<b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto	<b>Dentro de la red</b> <u>No</u> cubierto  <b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos quimioterapéuticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001		Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004	
<b>Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta</b>				
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.		Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	
<b>Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>				
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.				
<b>Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)</b>				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca)	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$20 / \$60 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$30 / \$90 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos)	\$75 / \$225 de copago	\$85 / \$255 de copago	\$75 / \$225 de copago	\$85 / \$255 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001		Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior)	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas))	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001		Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca)	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$20 / \$40 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$20 / \$40 de copago	\$30 / \$90 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos)	\$75 / \$150 de copago	\$85 / \$255 de copago	\$75 / \$150 de copago	\$85 / \$255 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior)	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible



Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001		Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 6 (Medicamentos de Atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas))	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>				
	<p>Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>		<p>Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>	
<b>Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>				
	<p>Por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>		<p>Por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	

---

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, minorista, en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), infusión en el hogar, ya sea que la farmacia esté en nuestra red preferida o estándar o si la receta es un suministro para un plazo corto (suministro para 30 días) o para un plazo largo (suministro para 90 días).

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos genéricos sólo Sildenafil y Vardenafil en el nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis pastillas cada 30 días.

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D bajo Medicare, no están cubiertos por Ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la etapa de en cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$20 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$20 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$30 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de proveedor de atención primaria. \$30 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
<b>Servicios de podología (cuidado de los pies)</b> Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
	<b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	<b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p>▪ *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *</p>

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

## Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada Comida después de una estancia en cuidados post-agudos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>	Copago de \$0 por cada Comida después de una estancia en cuidados post-agudos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>
Comidas para pacientes con una afección crónica	Copago de \$0 por cada Comida para pacientes con una afección crónica <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>	Copago de \$0 por cada Comida para pacientes con una afección crónica <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Equipo/suministros médicos</b> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Prótesis	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Suministros para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro *

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$55 cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$55 cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> <u>No</u> cubierto</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>

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



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 001</b>	<b>Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 004</b>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b> Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.	Tarjeta Utility Flex: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 al mes para ayudar a cubrir el coste de los servicios públicos de su hogar. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión. *	Tarjeta Utility Flex: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 al mes para ayudar a cubrir el coste de los servicios públicos de su hogar. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión. *
<b>Tarjeta Flex Card</b>	Beneficio anual de \$750  <b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.	Beneficio anual de \$750  <b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.

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

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al 1-877-374-4056 (Teletipo (TTY): 711).

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711).

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 1-877-374-4056 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagan ti 1-877-374-4056 (TTY: 711).

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Sāmoa, gagana 'au'aunaga fesoasoani, fai fua leai se totogi, o lo'o avanoa ia te 'oe. Vala'au le 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Maliu: Inā 'ōlelo Hawai'i 'oe, he lawelawe māhele 'ōlelo, manuahi, i lako iā 'oe. E kelepona iā 1-877-374-4056 (TTY: 711).

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de atención al miembro al 1-844-917-0175 (Teletipo (TTY): 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- o Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare) o llame al 1-844-917-0175 (Teletipo (TTY): 711) para ver una copia de la EOC.
- o Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- o Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

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

## Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

### Por teléfono

Llame gratis al 1-844-917-0175 (Teletipo (TTY) 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

### Horario de atención

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

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

**Estamos con nuestros miembros a cada paso del camino.**

Centene, Inc. es un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.